

“¡La niña no tiene nada!”

**Percepciones y respuestas físicas, psicológicas y socioculturales de la población
femenina vacunada contra el Virus del Papiloma Humano VPH**



**Universidad
del Cauca**

Lyda Clemencia Hurtado Catuche

Universidad del Cauca

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Antropología

Popayán

2019

“¡La niña no tiene nada!”

**Percepciones y respuestas físicas, psicológicas y socioculturales de la población femenina
vacunada contra el Virus del Papiloma Humano VPH**

Lyda Clemencia Hurtado Catuche

Monografía de grado para optar el título de Antropóloga

Directora

PH.D. Elizabeth Tabares Trujillo

Universidad del Cauca

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales

Antropología

Popayán

2019

Nota de aceptación

Firma del presidente de jurado

Firma de jurado

Firma de jurado

Firma de jurado

Popayán, octubre de 2019

Dedicado a las niñas

Sofia Tovar Rocha † Q.E.P.D.

Dálida Estéfani Picalúa Díaz † Q.E.P.D.

“¡La niña no tiene nada!”

Percepciones y respuestas físicas, psicológicas, socioeconómicas y culturales de la población femenina vacunada contra el Virus del Papiloma Humano VPH

Resumen

Se presentan resultados de la investigación sobre el proceso de la intervención del Estado colombiano mediante la implementación de políticas de salud pública que promueven la idea de la seguridad de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) y su aplicación masiva como prevención contra el cáncer de cuello uterino y las respuestas físicas, psicológicas, socioeconómicas y culturales de las niñas que presentaron cuadros clínicos adversos y las percepciones del cuerpo social afectado después de la inoculación de la vacuna anti VPH a partir del año 2014.

Palabras claves

Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), sufrimiento social, Antropología médica crítica, cuadros clínicos adversos, municipio de El Carmen de Bolívar.

Abstract

Introduce research results about the Colombian State intervention process through the implementation of public health policies, which promote the idea to apply the Human Papilloma Virus (HPV) vaccine in young girls as a prevention method against Cervical Cancer, as also, we present the physical, psychological, cultural and socioeconomic reactions of young woman that

presented adverse clinical pictures. We approach the perceptions of affected social corpus after the inoculation of HPV vaccine since 2014.

Key words

HPV vaccine, social suffering, critical medical anthropology, adverse clinical pictures, El Carmen de Bolivar.

Sommario

I risultati della ricerca sul processo di intervento dello Stato colombiano sono presentati attraverso l'attuazione di politiche di sanità pubblica che promuovono l'idea della sicurezza del vaccino contro il papillomavirus umano (HPV) e la sua massiccia applicazione come prevenzione contro Cancro cervicale e risposte fisiche, psicologiche, socio-economiche e culturali delle ragazze che hanno presentato condizioni cliniche e percezioni avverse del corpo sociale interessato dopo l'inoculazione del vaccino HPV dal 2014.

Parole chiave

Vaccino contro il papillomavirus umano (HPV), sofferenza sociale, antropologia medica critica, condizioni cliniche avverse, comune di El Carmen de Bolívar.

Agradecimientos

Mis infinitas gracias a Dios por el don de la vida, por guiarme en los momentos de dificultad y permitirme navegar en este campo tan amplio y gratificante de las humanidades y en especial de la Antropología la cual me ha permitido conocer nuevas perspectivas de la vida y de su entendimiento.

Agradezco a mi familia y a mis amistades por su apoyo en mis momentos de desvanecimiento.

A la profesora PH.D. Elizabeth Tabares Trujillo, por confiar en mí, por su infinita ayuda, paciencia, su guía profesional amable y desinteresada y por su amistad.

A los profesores que fueron jurados del presente trabajo, muchas gracias por sus valiosas observaciones.

Agradezco a los profesionales de diferentes áreas del conocimiento que me dieron sus apreciaciones y sus aportes al tema de la presente investigación.

Y en especial a todas las familias que me abrieron sus hogares y sus corazones en mi trabajo de campo en el corregimiento de Descanse, en la vereda de Calibío, en la ciudad de Popayán, en el municipio de El Carmen de Bolívar y en la vereda Caracolí.

Al cuerpo social afectado conformado por madres, padres y a sus niñas que aún tienen problemas de salud desarrollados a partir de la vacunación masiva contra el VPH, quienes me narraron sus duras historias, me compartieron su dolor sus luchas y desesperanzas ante la indiferencia estatal y ciudadana hacia sus hijas. A ellos toda mi solidaridad y gratitud.

Contenido

Introducción	18
1. Capítulo I. Marco teórico, conceptual y metodológico.....	24
Antropología médica crítica	24
Salud y enfermedad.....	26
Relación médico-paciente	27
Síndrome Guillain Barré (SGB).....	28
Enfermedad psicogénica masiva (EPM) o histeria epidémica	29
1.1 Antecedentes	31
1.2 Metodología	34
1.2.1 Fases de investigación.	36
1.2.2. Limitaciones de la investigación.....	39
1.2.3. Consideraciones éticas y limitaciones de la investigación	41
2. Capítulo II. Algunos lugares donde se llevó a cabo la vacunación masiva contra el Virus del Papiloma Humano VPH en Colombia	43
2.1 Localización de Colombia.....	44
2.2 Población mestiza multicultural.....	44
2.3 El Departamento del Cauca	47
2.3.1 El municipio de Santa Rosa	48

Aspectos sociodemográficos del municipio de Santa Rosa	50
2.3.2 Descanse	51
Aspectos sociodemográficos de Descanse.....	53
Cohesión social, política y religiosa en Descanse.	54
Prácticas agrícolas.....	61
Economía	62
Proyectos de desarrollo económico para Descanse.	63
Relaciones sociales en Descanse	65
Relaciones al interior de la familia	65
La huella del conflicto armado	67
2.4 El Departamento de Bolívar	69
2.4.1 El municipio de El Carmen de Bolívar.....	70
2.4.2 Localización y delimitación política.....	71
Los Montes de María	72
2.4.3 Líneas de producción económica.....	73
2.4.4 Aspectos socio demográficos.....	73
2.4.5 Vías de acceso.....	75
2.4.6 El Carmen de Bolívar, la ciudad capital de los Montes de María.	75
2.4.7 Cohesión social, política y religiosa en el municipio de El Carmen de Bolívar.....	76
2.4.8 Artesanías.....	78

2.4.9 Alimentación.....	78
2.4.10 Prácticas agrícolas.....	78
2.4.11 Necesidades Básicas Insatisfechas en el municipio de El Carmen de Bolívar	80
Proyectos de desarrollo económico para el Carmen de Bolívar.	83
2.4.12 Relaciones sociales en Carmen de Bolívar	83
Relaciones familiares	84
2.4.13 Relaciones sociales con otras instituciones	86
2.4.14 La huella del conflicto armado en El Carmen de Bolívar.....	86
3. Capítulo III. Virus del Papiloma Humano VPH y Vacuna anti VPH.....	92
3.1 Clasificación de los tipos de VPH	95
3.2 Mecanismos de prevención.....	97
3.2.1 Educación en sexualidad responsable.....	97
3.2.2 Tamizaje ginecológico.....	99
3.2.3 El autocuidado de la salud y buenas prácticas saludables	101
3.2.4 Vacuna contra el VPH	101
Tipos de vacunas contra el VPH.....	102
Información de la vacuna tetravalente	104
Efectos adversos	106
Elementos que pueden influir en la seguridad de la vacuna	117
a. El biológico	117

b. Factores internos	119
c. Factores externos.....	120
d. Elementos socioculturales y ambientales	121
Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o Inmunización – ESAVI.....	122
3.3 Cáncer de Cuello Uterino (CACU) en Colombia	129
4. Capítulo IV. Momentos de las jornadas de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano VPH en Colombia	131
4.1 Marco legal y línea temporal del recorrido de la vacuna anti VPH, tetravalente, en Colombia.....	132
4.2 Momentos de la vacunación en algunos lugares del territorio colombiano	137
4.2.1 Corregimiento de Descanse	138
Jornada de vacunación contra el VPH en Descanse.	141
Proyectos de desarrollo en el corregimiento de Descanse	145
4.2.2 La historia de Lucía en la vereda Calibío, municipio de Popayán	145
Prácticas agrícolas de la familia de Lucía.....	147
¡Todo esto es por esa vacuna!	148
La negación de la comunidad médica a asociar los efectos con la vacuna anti VPH.....	148
Sobre el consentimiento informado para inmunizar a las niñas	149
Relación médico-paciente en la Clínica.....	149
“¡La niña no tiene nada!”	151

Afectación psicológica.....	152
Afectación académica	152
Medicina tradicional en la atención de Lucía	153
Afectación económica.....	154
4.2.3 La experiencia de Julieta en la ciudad de Popayán.....	157
Relación médico-paciente en la atención de Julieta	158
Medicina tradicional en la atención de Julieta.....	159
4.2.4 La experiencia en el municipio de El Carmen de Bolívar	160
Línea de tiempo de la vacuna anti VPH en el municipio de El Carmen de Bolívar	163
Voces que narran cuándo y cómo empezaron los cuadros clínicos adversos	167
Atención inicial de los profesionales de la salud y el caos en el hospital.....	175
Sentimiento de impotencia en los médicos ante la tragedia de tantas niñas	177
Veredas y corregimientos con niñas afectadas	179
Voces que narran los cuadros clínicos de las niñas	179
Voz de la madre de Dálida Estéfani Picalúa Díaz, Q.E.P.D.....	184
4.2.5 El discurso oficial del Estado.....	212
Estrategias de resistencia del cuerpo social afectado.....	219
Percepción del cuerpo social afectado sobre la atención del gobierno.....	221
“Pelemos contra un monstruo sin rostro”	222
4.2.6 Enfermedad Psicógena Masiva (EPM).....	231

Experiencia de la relación médico – paciente después de la afirmación de EPM dada por el INS	235
Afectación psicológica debida a la afectación física.	244
Los últimos días de la niña Sofía Tovar Rocha †	255
Afectación económica por atender la salud de las niñas	257
4.2.7 Apreciaciones polarizadas: El Estado y el cuerpo social afectado	261
Percepción del pueblo colombiano sobre los eventos sucedidos en El Carmen de Bolívar	262
En busca de una reparación en el cuerpo social afectado por la vacuna anti VPH en el municipio de El Carmen de Bolívar	263
Conclusiones	267
Glosario de términos	273
Geolecto en los lugares de investigación	275
Geolecto en Carmen de Bolívar	275
Geolecto en Descanse.....	277
Referencias.....	279

Tabla de mapas

Mapa 1. Regiones Naturales de Colombia	46
Mapa 2. Ubicación de los departamentos del Cauca y Bolívar en Colombia	47
Mapa 3. Ubicación del municipio de Santa Rosa en el departamento del Cauca.	49
Mapa 4. Población y vías de acceso del municipio de Santa Rosa	51
Mapa 5. Ubicación del municipio de El Carmen de Bolívar en el departamento de Bolívar.	72
Mapa 6. División política administrativa y límites, El Carmen de Bolívar 2013	74
Mapa 7. División política del municipio de Popayán	146

Tabla de fotografías

Fotografía 1. Integrantes de la comunidad Yanacona organizados en grupos para atender la fiesta de la Santa Cruz.	55
Fotografía 2. Fiesta de la Santa Cruz, patrona del pueblo Yanacona.	55
Fotografía 3. Niño de Descanse ofreciendo su mascota.	57
Fotografía 4. Vía entrante a El Carmen de Bolívar.	76
Fotografía 5. Virus de Papiloma Humano	93
Fotografía 6. Vacuna tetravalente Gardasil®	104
Fotografía 7. Institución Educativa Agrícola Fray Isidoro de Montclar de Descanse	142
Fotografía 8. Lucía escribiendo. Año 2016.	153
Fotografía 9. Manos de Lucía. Noviembre 21 de 2016.	156
Fotografía 10. Manifestación en Carmen de Bolívar	231
Fotografía 11. Sepelio de Sofia Tovar Rocha † Q.E.P.D.	255
Fotografía 12. Manifestación por Sofia Tovar Rocha †	256

Tabla de figuras

Figura 1. Ingresos familiares mensuales	64
Figura 2. Relaciones sociales en Descanse	68
Figura 3. Relaciones sociales en El Carmen de Bolívar	88
Figura 4. Las cuatro regiones del genoma del VPH.	94
Figura 5. Efectos adversos reportados a nivel mundial según publicaciones científicas entre los años 2008-2015	116
Figura 6. Sistema de Información para la Vigilancia en salud pública (SIVIGILA)	125
Figura 7. Flujo de la información de los ESAVI	126
Figura 8. Participación por grupos étnicos en las jornadas de vacunación contra el VPH en Descanse.	138
Figura 9. Vida sexual activa en menores de edad por grupo étnico en Descanse.	139
Figura 10. Salud familiar de las niñas vacunadas contra el VPH	140
Figura 11. Cuadros clínicos adversos de las niñas vacunadas contra el VPH en C. de Bolívar.	208
Figura 12. Manifestaciones clínicas registradas en el estudio de la Universidad de Cartagena	211
Figura 13. Remisiones a especialistas - equipo Verbel et al.	211
Figura 14. Línea de tiempo de intervención del INS en Carmen de Bolívar	215
Figura 15. Definición de EPM por parte del INS.	219

Listado de tablas

Tabla 1. Tipos de VPH y enfermedades asociadas.	96
Tabla 2. Tipos de VPH y biológicos que los combaten.	103
Tabla 3. Efectos adversos esperados posteriores a la aplicación de vacuna tetravalente contra el VPH.	107
Tabla 4. Definiciones de caso ESAVI en Colombia.	122
Tabla 5. Características de la vacuna tetravalente autorizada en Colombia	131
Tabla 6. Línea de tiempo de la vacuna, tetravalente anti VPH, en Colombia.	132
Tabla 7. Línea de tiempo de la vacuna anti VPH en Carmen de Bolívar.	163
Tabla 8. Cuadros clínicos adversos en las niñas vacunadas contra VPH en el municipio de El Carmen de Bolívar.	204

Introducción

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino ha estado asociado a la presencia del Virus de Papiloma Humano (VPH), de tal manera que la Organización Mundial de la Salud (OMS) implementó el uso de la vacuna, anti VPH, para prevenir esta enfermedad, acompañada de un protocolo para que la población joven a partir de los 9 años de edad y hasta los 14 años, antes del inicio de actividades sexuales, se aplique la vacuna. Las cifras de morbilidad y mortalidad de esta enfermedad parecen justificar médicamente esta decisión.

La vacuna anti VPH ingresó a Colombia en el año 2006 con un alto precio en el mercado siendo muy costosa para las clases media y baja, predominante en nuestro país. El Estado colombiano implementó una política pública de salud en el año 2012 por lo que el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) la incluyó en el Plan Ampliado de Inmunización (PAI). En el cumplimiento de esta política pública de salud, el Instituto Nacional de Salud (INS) de Colombia dio instrucciones para iniciar el programa de vacunación en agosto del 2012 con un esquema de tres dosis. El 30 de abril del año 2013 se aprobó la ley 1626 “por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana objeto de la misma...” (Congreso de la República de Colombia, 2013), la población elegida fueron las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria. La aplicación de esta política pública por parte del Estado colombiano afectó negativamente a algunas niñas que presentaron cuadros clínicos adversos a su salud; estos cuadros se presentaron aisladamente en el país de Colombia como se puede visibilizar en esta investigación, por ejemplo en la vereda Calibío y en la ciudad de Popayán, en el departamento del Cauca, encontré dos niñas que presentaron cuadros clínicos

adversos a partir de la vacunación, pero en el municipio de El Carmen de Bolívar más de mil niñas conviven con sus quebrantos de salud. Así las cosas, además de las niñas afectadas, también lo están sus familias que conforman todo un cuerpo social que está experimentando sufrimiento a raíz de este evento. Para la situación presentada en el municipio de El Carmen de Bolívar, la primera atención del Estado colombiano se reflejó en el estudio realizado por el Instituto Nacional de Salud (INS) titulado *Brote de evento de etiología desconocida en el municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014*; en el que una de sus conclusiones es que hay “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, bajos ingresos familiares...”(INS, 2015, p.37); pero cabe anotar que las situaciones ahí mencionadas son comunes en casi todo el país, especialmente en las zonas rurales. Por lo anterior, decidí buscar una población con unas condiciones socioeconómicas similares a las que se presentan en el municipio de El Carmen de Bolívar y encontré el corregimiento de Descanse en el departamento del Cauca para comparar algunas situaciones como la presencia del conflicto armado, bajos ingresos familiares, relaciones sociales y relaciones familiares; con el objeto de observar si estas situaciones afectan las respuestas físicas o psicológicas en las niñas vacunadas pues en los dos lugares hubo aplicación masiva contra el VPH.

Los reportes oficiales recibidos en el INS de Eventos supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) indican un total de 896 casos ocurridos a nivel nacional a partir del año 2012 hasta el 2016, pero no se tienen cifras que reflejen la realidad pues todos los eventos no se reportaron oficialmente, como por ejemplo los dos casos encontrados en el municipio de Popayán, muchos otros del municipio de El Carmen de Bolívar y de otros municipios de Colombia.

En el presente trabajo se analizan algunos momentos que ha tenido la aplicación de la vacuna en el corregimiento de Descanse, en la vereda de Calibío y en la ciudad de Popayán mismos ubicados en el departamento del Cauca; en la vereda de Caracolí y la ciudad de El Carmen de Bolívar en el departamento de Bolívar.

En el recorrido llevado a cabo en los lugares mencionados se pudo observar que hay dos lecturas sobre la percepción debida a la inoculación de la vacuna contra el VPH, una es la que expresan las niñas y sus familiares que han tenido cuadros clínicos adversos a su salud, tanto físicas, psicológicas, socioculturales y económicas, y la otra es la negación que el Estado colombiano hace sobre estos efectos adversos asociados a la vacuna, sobreponiendo la seguridad de la vacuna a los cuadros clínicos presentes, categorizando las reacciones como asuntos socio-mentales o histeria epidémica o psicogénicas basándose en estudios de brote que tienen antecedentes en Honduras, India, Jordania y Estados Unidos.

La Etnografía como herramienta de la Antropología, es como el agua fría que nos permite darnos un baño de la realidad, para este caso se trata de la realidad que está viviendo un cuerpo social afectado por los cuadros clínicos adversos que se generaron a partir de la aplicación de la vacuna anti VPH; es un cuerpo social conformado por las niñas, sus familias y la sociedad que las acompaña. En el ejercicio profesional de la Antropología se aplica una sensible obligación a la mirada del sufrimiento social, al cuidado de la vida, al respeto a los otros, al reconocimiento de la dignidad humana, a visibilizar las voces, entre otros.

En el presente trabajo se visibiliza el sufrimiento y el dolor que experimentan las niñas y sus familias, que cuando son llevadas a buscar atención médica siempre escuchan la frase “*¡la niña no tiene nada!*” porque a pesar de que se sabe que las niñas fueron vacunadas contra el VPH no se acepta la causalidad de esta con los cuadros clínicos adversos, además estos han tenido

justificación de su presencia con los resultados de las pruebas de laboratorio realizadas, el dolor y su etiología no han sido posibles ser ubicados en la clasificación de diagnósticos establecidos, sin embargo las niñas aún siguen enfermando, unas hasta encontrar la muerte como el caso de las niñas Sofia Tovar Rocha y Dálida Estéfani Picalúa Díaz, Q.E.P.D., de 13 y 16 años respectivamente. También se visibiliza las afectaciones en diferentes áreas del bienestar de las niñas entre ellas la salud física que al disminuirse generó otras complicaciones como depresión hasta los intentos de suicidio, afectaciones en los proyectos de vida de cada una de las niñas, entre otras, las cuales son presentadas aquí como un compilado de *Percepciones y respuestas físicas, psicológicas y socioculturales de la población femenina vacunada contra el Virus del Papiloma Humano VPH*

Ante la aparición de cuadros clínicos adversos a partir de la implementación de la política pública bajo la ley 1626 del 2013, hay dos voces; por un lado la del Estado y por otro la voz del cuerpo social afectado. Como se trata de una relación del Estado y de la salud, el análisis se hace a la luz de la Antropología médica crítica observando los factores, entre ellos la incidencia del conflicto armado, los socioculturales y de relaciones sociales internas, que rodearon a las niñas en el evento del programa de vacunación. Esta investigación se realizó en este contexto, tratando de analizar los dos discursos y los actores tratando de responder a las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las percepciones personales sobre los cambios físicos y psicológicos que se han presentado en niñas vacunadas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Descanse, Calibío, Popayán y Carmen de Bolívar?

Según el cuerpo social afectado, ¿Cuáles han sido los cambios físicos, psicológicos, socioculturales y económicos, generados después de la inoculación de la vacuna contra el VPH?

¿Cuál es la relación entre esas manifestaciones, las concepciones sobre la seguridad de la vacuna anti VPH y la pertenencia al grupo étnico de la población afectada (mestiza, afro, entre otros)?

¿Cuál es la posición del Estado colombiano frente a las manifestaciones adversas que han tenido algunas niñas después de haber sido inoculadas?

¿Cuál es la percepción del cuerpo social afectado ante la atención del Estado colombiano frente a ser garante del derecho al reconocimiento de la dignidad humana en la integridad de la persona en la preservación de su salud?

Con base en las preguntas anteriores, se planteó el objetivo de describir las percepciones y las respuestas físicas, psicológicas y socioculturales asociadas a la población femenina vacunada contra el VPH, de parte de las mujeres afectadas, y la posición del Instituto Nacional de Salud sobre la misma situación.

Para lograr el objetivo general planteado se hizo necesario llevar a cabo los siguientes procesos definidos como objetivos específicos: primero fue necesario elegir la base teórica y conceptual para darle un marco referencial al presente trabajo; este primer objetivo se desarrolla en el capítulo I. *Marco teórico, conceptual y metodológico*, donde se abordan autores que tratan una rama de la Antropología Social como es la Antropología Médica crítica; se indican los conceptos necesarios para la comprensión de la presente investigación como también los presupuestos metodológicos para desarrollarla. Segundo, describir los lugares donde fue desarrollado el presente trabajo, esto es la vereda Calibío, el corregimiento de Descanse, la ciudad de Popayán, el municipio de El Carmen de Bolívar y la vereda Caracolí; esta descripción física, socioeconómica y cultural se realiza en el capítulo II. *Algunos lugares donde se llevó a*

cabo la vacunación masiva contra el Virus del Papiloma Humano VPH en Colombia, estos lugares están ubicados en dos departamentos del territorio colombiano, el departamento del Cauca en la región sur occidental de Colombia y en el departamento de Bolívar en la región de la costa Caribe. Tercero, indagar sobre el Virus del Papiloma Humano y su influencia en el desarrollo del cáncer de cuello uterino; en el Capítulo III. *Virus del Papiloma Humano VPH* se hace una aproximación al conocimiento de este virus y a la vacuna anti VPH, autorizada en Colombia mediante una política pública de salud, igualmente se indican algunas prácticas para prevenirlo, toda vez que la vacuna tiene una sobrevaloración debida al marketing del miedo sobre el VPH dejando de promocionar de manera más incisiva la citología vaginal. Cuarto, a) Conocer las percepciones sobre la seguridad y efectividad de la vacuna anti VPH que tienen las comunidades a los que pertenecen las niñas que padecen cuadros clínicos adversos, b) describir las percepciones sobre las consecuencias físicas, psicológicas y socioeconómicas de la población femenina afectada por la inoculación de la vacuna contra el VPH, y c) conocer el perfil de morbilidad-mortalidad de las niñas que tuvieron reacciones adversas después de la aplicación de la vacuna anti VPH; estos tres objetivos se desarrollaron en el capítulo IV. *Momentos de las jornadas de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano VPH en Colombia*, donde se muestra el paso de la vacunación anti VPH en los lugares, descritos en el capítulo II, y la huella que dejó a su paso.

1. Capítulo I. Marco teórico, conceptual y metodológico

Son muchas las ciencias orientadas a atender la relación salud y enfermedad, entre ellas la antropología apoyada con otras ciencias que están al servicio del bienestar humano. Para analizar la realidad del cuerpo social, que se visibiliza en el presente trabajo el cual pretende describir las respuestas físicas, psicológicas y socioculturales asociadas a la población femenina vacunadas contra el VPH en algunos lugares de Colombia, observando la distribución de la morbilidad y mortalidad en los lugares de la presente investigación. Para esto se hace necesario hacer un acercamiento al objeto de estudio de la antropología médica, de la antropología médica crítica y de los conceptos de salud y enfermedad en términos antropológicos.

Antropología médica crítica

Para comprender el estudio de la antropología médica crítica es necesario comprender el concepto de la antropología médica; según Pedro Laín Entralgo (1984), la define de la siguiente manera:

La Antropología médica es un conocimiento científico del hombre en tanto que sujeto sano, enfermable, enfermo, sanable y mortal. Ella y sólo ella es el verdadero fundamento del saber médico, fundamento cuyo cuerpo central se diversifica en todo un abanico de disciplinas: morfología, fisiología, psicología, sociología, historia, ética, antropología cultural y estética médicas” (Laín, 1984, p.31).

Se puede observar que la Antropología médica se alimenta de otras disciplinas que le permiten comprender cómo los sistemas que rodean al ser humano, de manera holística, influyen en su salud o enfermedad. Cada persona se desenvuelve en un contexto social y cultural propios

que deben ser tenidos en cuenta para atender sus problemas de salud y aplicar los sistemas terapéuticos (Barfield, 2001). En estos contextos se localiza la acción del Estado, que para el objeto de estudio de la presente investigación, se trata de la implementación de la ley 1626 de 2013 que garantizó la vacunación masiva y obligatoria contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), dentro de las políticas públicas de salud, como mecanismo de prevención del cáncer de cuello uterino en una población de niñas en un grupo etario de 9 a 14 años.

La Antropología Médica Crítica (AMC), es una tendencia de la antropología médica y su orientación político económica que “considera las cuestiones de la salud en contexto con fuerzas políticas y económicas más poderosas que modulan las relaciones humanas, configuran el comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva (Merrill Singer, 1989)” en Barfield (2001, p.91). La AMC cuestiona los procesos económicos mundiales, entre ellos al capitalismo y su influencia en la práctica clínica y en la distribución de las enfermedades.

También me parece importante tener en cuenta las relaciones establecidas por las pacientes con su entorno sociocultural y su influencia en el campo de su salud, para ello me sirve la Antropología ecológica y política que son parte constituyente de la Antropología médica, porque ellas “examinan la influencia de los ambientes culturales, físicos y político-económicos en la distribución de la morbilidad y la mortalidad” (Barfield, 2001, p.90).

La presente investigación se posiciona desde una mirada de la antropología médica crítica usando como herramienta la etnografía que se acentúa en la observación de la fenomenología del proceso de la implementación de la política pública de salud para la prevención del cáncer de cuello uterino usando la vacunación masiva contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Colombia a partir del año 2012 y su impacto en un cuerpo social.

Salud y enfermedad

Continuando con la línea que establece la relación entre el ser humano y su entorno cultural, es importante tener en cuenta el concepto de salud y enfermedad desde la ciencia de la Antropología; para ello he tomado al autor español, Doctor en Antropología, Lluís Duch (1936), quien en su libro *Antropología de la vida cotidiana. Simbolismo y salud*, indica los conceptos de salud y enfermedad desde varios contextos culturales bajo una mirada antropológica.

Duch afirma que la salud y la enfermedad son experimentadas dentro de “la acomodación simbólica que llevan a cabo los individuos concretos que viven en una trama social, religiosa, cultural y política concreta” (Duch, 2002, p.319). En esta investigación se profundiza la descripción sociocultural de dos lugares, el corregimiento de Descanse y el municipio de El Carmen de Bolívar, son dos lugares donde han confluído varias situaciones de violencia, pues la presencia de guerrillas y paramilitares han dejado una dolorosa huella en sus pobladores; también se estudian otras variables que constituyen su identidad cultural como son la religión, economía, gastronomía, dinámicas culturales y de alimentación, entre otras. Se analizan esas variables para comprender su incidencia en las manifestaciones adversas que se presentaron ante la inoculación de la vacuna contra el VPH.

Duch (2002) defiende la estrecha relación entre la salud del alma y la salud del cuerpo y la relación entre cuerpo individual y cuerpo social con lo cual la salud y la enfermedad están estrechamente relacionados con la mente, el cuerpo y el socio cultura. Este autor también expone el papel del médico, occidentalizado, en el tratamiento de la enfermedad pero subraya que es un error en tratar la enfermedad aislada del enfermo, que es en lo que está convirtiendo la medicina en una ciencia de las enfermedades.

Finalmente quiero presentar la definición de salud y enfermedad dada por el antropólogo Lluís Duch:

Parece, pues, que la salud del hombre consiste en un equilibrio ciertamente siempre provisional e inestable, que se basa en todo un conjunto de correspondencias y referencias, entre exterioridad e interioridad, entre la historia como ámbito común y compartido y la experiencia personal, entre “cómo os encontráis vosotros” y “cómo me encuentro yo”. Un antropocentrismo que llegue a suprimir o, al menos, a marginar la realidad del mundo es sencillamente la enfermedad (2002, p.330).

El ser humano se mueve entre los dos estados de salud y enfermedad porque somos seres ambivalentes que nos movemos entre polos opuestos pero en sintonía con las variables que nos constituyen y afectan: historia, economía, socio-cultura, religión, fisiología, política, alimentación, diversión, relaciones sociales, entre otros.

Relación médico-paciente

En la presente investigación se ha hecho visible la relación médico-paciente que de Francisco, A. (1998) la ha definido de la siguiente manera:

es aquella que se establece entre dos seres humanos, el médico que intenta ayudar al paciente en las vicisitudes de la enfermedad y el enfermo que entrega su humanidad al médico para ser asistido...el encuentro de una conciencia, la del médico, con una confianza, la del paciente.

Por razón de su esencia, la relación médico-paciente es siempre ética (De Francisco, 1998, p.231).

Algunas niñas presentaron cuadros clínicos adversos después de la inoculación de la segunda dosis de la vacuna anti VPH, ellas recibieron inicialmente atención de sus padres, luego los

primeros profesionales en atender su estado de salud fueron los médicos y todo el cuerpo sanitario que lo auxilia. Del cuerpo profesional se esperaba una atención adecuada a los valores humanos teniendo en cuenta la dignidad de las niñas. Pero, en el transcurso de la presente investigación se evidencia la manera en que esta relación se afectó negativamente, y” si la relación médico-paciente no es adecuada, en la misma forma inadecuada lo será la medicina que se practique, así sea de la más alta tecnología y eficiencia” (De Francisco, 1998, p.233). Para tratar de comprender esta mala relación hay que tener en cuenta que ha sido influenciada por dos aspectos, uno de ellos lo explica muy bien Abadía-Barrero y Melo-Moreno (2014):

Las posibilidades de una práctica humanista por parte del profesional de la salud están determinadas por el carácter del trabajo clínico, que le imprime una lógica capitalista a la prestación del servicio, así como por las tecnologías de explotación basadas en la optimización del uso del tiempo y en la eficiencia como el mayor número de casos-pacientes atendidos durante una jornada de trabajo (p.51).

Adicional a la presión de la lógica capitalista, el segundo aspecto a tener en cuenta es la argumentación del Estado sobre la etiología del brote sucedido en el Carmen de Bolívar, esto es que se trataba de una Enfermedad Psicogénica Masiva (EPM) causada por una exagerada percepción de miedo a la vacuna anti VPH.

Síndrome Guillain Barré (SGB)

Torricelli, R. E. (2009). En su artículo titulado como *Síndrome de Guillain Barre en pediatría* define el SGB como:

Una parálisis flácida arrefléxica aguda y se clasifica en cuatro subgrupos: polirradiculopatía aguda inflamatoria desmielinizante (AIDP), neuropatía axonal sensitivo-motora aguda

(AMSAN), neuropatía axonal motora aguda (AMAN) y síndrome de Miller-Fisher (SMF). La AIDP se asocia en un 30-50% a compromiso de pares craneales, lo cual no se observa en la AMAN. El SMF se caracteriza por ataxia, oftalmoplejía y arreflexia, pero puede presentar también compromiso de pares craneales. Datos recientes de la anatomía patológica y la fisiopatología del SGB destacan la importancia de la infección por *Campylobacter jejuni* en la generación de anticuerpos anti-gangliósidos (GM1 en AIDP, GQ1b en SMF y GD1a en AMAN) que lesionan la mielina en AIDP y SMF y el axón en AMAN. El diagnóstico diferencial debe descartar enfermedades del sistema nervioso central (SNC) (encefalitis, encefalomyelitis, mielitis), síndromes miasténicos, neuropatías tóxicas por metales pesados, fármacos, sustancias químicas o toxinas animales y cuadros miopáticos, especialmente la miositis aguda infecciosa benigna y la neuromiopatía del paciente en la unidad de cuidados intensivos [...] (p.84).

Enfermedad psicogénica masiva (EPM) o histeria epidémica

Jones (2000) en su publicación titulada *Mass psychogenic illness: role of the individual physician*, ha definido la enfermedad psicogénica masiva como una constelación de síntomas sugestivos de enfermedad orgánica, sin causa identificable y poca evidencia clínica o de laboratorio, que se produce entre personas que comparten las creencias sobre sus síntomas, no es simplemente "un diagnóstico de exclusión". La pronta consideración del diagnóstico puede ayudar a evitar una mayor morbilidad. Un diagnóstico de enfermedad psicógena masiva no es equivalente a decir que los síntomas están solamente "en la mente del paciente". También es importante destacar que la enfermedad psicógena masiva afecta a personas normales y saludables y no implica psicopatología subyacente.

La causa de los síntomas en la primera persona o grupo puede ser diferente de la causa en otras personas que están afectadas durante una rápida escalada del brote. Del mismo modo, cualquier gran grupo involucrado en un brote puede incluir a personas individuales no relacionados con causas orgánicas de la enfermedad. Las personas con severa, persistente o síntomas inusuales deben ser cuidadosamente evaluados para otras posibles etiologías. Con frecuencia, cuando los primeros pacientes en un brote de enfermedad psicógena son examinados, extensas pruebas de laboratorio están ordenadas en un esfuerzo por esclarecer un diagnóstico fisiológico. Si los resultados de las pruebas de laboratorio básicas iniciales son normales, los pacientes se estabilizan y las circunstancias del estallido sugieren enfermedad psicógena masiva como la etiología, las pruebas adicionales pueden no estar indicadas. Los médicos están entrenados para buscar una causa orgánica de la enfermedad, y puede ser muy difícil resistir a la presión para realizar pruebas cada vez más oscuras en busca de un diagnóstico difícil, particularmente en medio de la preocupación pública generadas por tales brotes. Extensas pruebas pueden alimentar la percepción de que una causa tóxica fisiológica o se sospecha de la enfermedad y pueden ser interpretadas como incompatibles con los mensajes tranquilizadores. Al abordar la enfermedad psicógena masiva, el objetivo debe ser la restauración de los individuos y de la comunidad en función de rutina tan pronto como sea posible. Pronta y definitiva de etiquetado e identificación de los episodios se ha propugnado como importante en finalizarlas, pero un enfoque de este tipo puede ser muy difícil en la práctica. Un brote de etiquetado como psicogénico puede reducir pruebas innecesarias y detener su propagación, pero la percepción de una menor investigación exhaustiva puede llevar a la desconfianza y el enojo.

En cualquier enfoque de enfermedad psicógena masiva, una respuesta rápida y coordinada es importante para resolver la ansiedad generalizado de la comunidad que rodea a estos episodios.

1.1 Antecedentes

A continuación mostraré algunos estudios realizados en diferentes partes del mundo donde se muestra la clasificación del brote de reacciones adversas a un elemento del medio ambiente o a una vacuna, como enfermedad psicógena masiva (EPM):

En Jordania, Kharabsheh S, Al Otoum H, Clements CJ. (2001) en un estudio titulado *Masspsycogenic illness following Tdvaccine in Jordan*, los autores narran las reacciones de un grupo de jóvenes después de haberseles inoculado la vacuna contra la difteria-tétano. Sucedió en septiembre de 1998, más de 800 jóvenes de Jordania creyeron haber sufrido los efectos secundarios de una vacuna de anatoxina diftérica y tetánica administrada en la escuela; 122 niños fueron hospitalizados. En la gran mayoría de esos niños los síntomas no se debían a la vacuna sino a un fenómeno psicógeno masivo. No obstante, el examen de la literatura reveló que esta respuesta masiva tenía muchos puntos en común con brotes anteriores, si bien las causas subyacentes eran distintas.

Hay aproximadamente unos 200 casos publicados de respuestas masivas a presuntas intoxicaciones o eventos de otro tipo. Dado que esas reacciones masivas son relativamente infrecuentes, y que los factores que pueden desencadenarlas son muy diversos, quienes deben atenderlas difícilmente poseen la experiencia previa necesaria para manejarlas, no suelen tomar medidas contundentes para evitar su escalada, y muchas veces incluso desconocen que hay precedentes del fenómeno. La investigación llevada a cabo por el Ministerio de Salud, algunos días más tarde, reveló que el 61,5% de todos los estudiantes identificados en todo el país sufrieron reacciones sistémicas (fiebre, cefalea, malestar, náuseas, mareos, artralgia); 5,7% tuvieron reacciones locales (dolor, edema, eritema); y el 32,8% experimentaron reacciones sistémicas y locales. No inesperadamente, los síntomas parecían similares a los encontrados en

estudios anteriores de los eventos adversos para la vacunación contra difteria-tétanos-tosferina. Sin embargo, los estudiantes admitidos al hospital representan una muestra sesgada y mostró un nivel desproporcionado de las reacciones sistémicas (93,5%). Las investigaciones de laboratorio de rutina de muestras de sangre tomadas en la admisión al hospital mostraron resultados que estaban dentro de los límites normales. Alrededor del 70% de los alumnos fueron ingresados en el hospital durante 24 horas o menos; el resto fueron dados de alta a las 48 horas, no habiendo ninguna muerte o secuelas. Un estudiante necesitó tratamiento para un absceso en el sitio de la inyección. De los ingresados, el 63% eran varones.

En el estudio se hicieron las siguientes preguntas, que después de observar y analizar el brote sus respuestas fueron negativas, esto es que todo estaba dentro de la normalidad y la vacuna no era la causante del brote sino que se trataba de una EPM estimulada por los medios de comunicación al atacar la vacuna y por sentimientos antigubernamentales: ¿La vacuna fue la culpable?, ¿La técnica de la vacuna falló?, ¿Los eventos adversos fueron limitados a uno o más lotes de vacunas Td?, entre otras.

Los mismos autores del caso anterior efectuado en Jordania, refirieron el caso de Irán: en la vecina República Islámica de Irán, un fenómeno similar también fue reportado en 1992 en el que participaron 26 mujeres estudiantes que recibieron el toxoide del tétanos.

En Canadá, el mismo artículo narra otro caso de brote por EPM, de la siguiente manera:

Una epidemia de histeria se informó después de una excursión escolar en Montreal, Canadá, en 1981, afectando a 500 alumnos de edades comprendidas entre 13 y 14 años. Los detalles de este caso, tienen notables similitudes con el estallido de septiembre de 1998 en Jordania, a pesar de que la causa sospechosa era diferente. En Montreal, la intoxicación alimentaria o fugas del aire acondicionado en el tren en el que viajaban las niñas fueron inicialmente las causas

sospechosas. Tras el desmayo de un caso índice, 13 chicas siguieron y fueron llevadas inmediatamente al hospital. Los síntomas de los casos subsiguientes incluyeron desmayos, mareos y debilidad.

En el anterior estudio, los autores recalcan que los únicos pacientes exentos de EPM son los bebés porque su percepción no está influenciada por un grupo o por los medios de comunicación.

En Honduras, el equipo de investigación conformado por Avila M, Gustavo, Hipólito PA, Silvia LE, Elaines RD, Nerza PR, Eduardo T. (2007), publicaron el artículo titulado *Brote de histeria epidémica entre estudiantes de secundaria en San Juancito, Francisco Morazán, Honduras*, en este estudio ilustran un caso de brote por EPM o histeria epidémica en el cual buscan describir un brote de enfermedad psicogénica en masa entre estudiantes de secundaria, determinar los factores de riesgo y las medidas de control. MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio de casos y controles. Se realizaron análisis químicos y bacteriológicos del agua, suelo, productos agrícolas e ingredientes de los alimentos consumidos el día del brote. Se efectuaron determinaciones de colinesterasa sérica entre los casos agudos e inspecciones ambientales del área. Resultados: 89 sujetos fueron entrevistados durante la investigación. La tasa de ataque fue de 48,3%(43 casos). Una tercera parte de los afectados percibieron un olor desagradable que fue el factor desencadenante del brote (OR = 26,67; IC95%: 3,31 a 579,25). En el cuadro clínico predominó: la cefalea (86,0%), dolor epigástrico (76,7%) y mareos (74,4%). Nueve pacientes fueron hospitalizados y la evolución fue satisfactoria. Los estudios bacteriológicos y químicos realizados fueron negativos. Las determinaciones de colinesterasa sérica y las inspecciones ambientales fueron también negativas. DISCUSIÓN: Los hallazgos clínicos, epidemiológicos y laboratoriales fueron consistentes con el diagnóstico de enfermedad psicogénica en masa. CONCLUSIÓN. El reconocimiento temprano de esta entidad clínica y los

factores precipitantes permitió la toma de decisiones acertadas en el manejo y control de este problema (Avila, et al., 2007).

Los anteriores antecedentes, junto a otros, fueron tomados por el Instituto Nacional de Salud (INS) colombiano como uno de los elementos a tener en cuenta en el caso del brote ocurrido en el Carmen de Bolívar luego de la implementación del programa de vacunación contra el VPH, en el año 2014.

La compleja situación vivida en el Carmen de Bolívar ha llamado la atención a aquellos profesionales sensibles a los casos donde se presenta sufrimiento social, una de ellos es la antropóloga, egresada de la Universidad Javeriana de Bogotá, Daniela Daza que me compartió su experiencia fenomenológica en ese lugar. Su trabajo está escrito en el manuscrito no publicado que se titula *”¡ El daño está hecho!” Voces de inequidad y encarnación sobre la vacuna masiva contra el Virus del Papiloma Humano y sus efectos en el Carmen de Bolívar - Colombia*. Es un documento emitido en el año 2017, donde se registran alguna voces del sufrimiento del cuerpo social afectado después del evento de la inoculación de la vacuna anti VPH.

1.2 Metodología

La realidad que aún se vive en el cuerpo social afectado debido a los cuadros clínicos adversos que presentan las niñas que fueron inoculadas por la vacuna anti VPH atendiendo la política pública de salud amparada en la ley 1626 de 2013, tiene dos argumentaciones una de ellas es dada por el Estado y la otra dada por las niñas y sus familias.

Para conocer la argumentación del Estado sobre la causa de brote ocurrido en Carmen de Bolívar, fue necesario estudiar el informe y la presentación realizada por el Instituto Nacional de Salud (2015) en el cual el Estado establece la relación de causalidad del brote con un

Enfermedad Psicógena Masiva y defiende la seguridad de la vacuna; también fue necesario revisar la literatura científica sobre la EPM en la cual se basó el informe del INS. Las fuentes de información elegidas fueron las oficiales generadas por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (MSPS), Congreso de la República de Colombia, Observatorio Nacional de Cáncer, Organización Mundial de la Salud, entre otros.

Para conocer y comprender la argumentación del cuerpo social afectado se dieron dos etapas; primero se revisó la literatura científica sobre los posibles efectos adversos de la vacuna anti VPH que han ocurrido en otros lugares del mundo, también se ha revisado la literatura sobre posibles efectos adversos publicada por el laboratorio Merck que es el fabricante de la vacuna aquí mencionada; segundo se recogieron los datos a partir de las fuentes de información primaria, esto es a partir de las entrevistas semiestructuradas realizadas a las niñas y a sus padres.

Debido a que el Estado señala que las posibles condiciones que generaron la EPM en Carmen de Bolívar fueron la huella del conflicto armado, las relaciones sociales y una precariedad económica, se compararon las percepciones y experiencias diferentes que pueden vivir dos comunidades, el corregimiento de Descanse y el municipio de El Carmen de Bolívar, que son genética y socioculturalmente diferentes y habitando medios geográficos muy distantes, pero que comparten las mismas condiciones que permiten responder a la pregunta ¿estas condiciones son necesarias para una posible EPM o para una reacción adversa a la vacuna contra el VPH? Estas percepciones y condiciones son descritas y analizadas ante un mismo evento de tipo médico planeado dentro de una política de salud pública ordenada por el Estado colombiano.

La presente investigación que se caracteriza por ser multisituada, es al mismo tiempo interdisciplinar. Utilizo la perspectiva de la antropología médica crítica para el análisis de la

realidad que se vive en el cuerpo social afectado ubicado en el municipio de El Carmen de Bolívar y en los casos de niñas afectadas en la vereda de Calibío y la ciudad de Popayán.

1.2.1 Fases de investigación.

Fase I. Búsqueda de fuentes – contactos.

Mi motivación personal para

trabajar sobre el tema de las percepciones después de la inoculación de la vacuna contra el VPH se debió a que a una niña en la vereda de Calibío, muy cercana a mí, fue vacunada en abril del 2013 en su colegio al igual que a todas sus compañeras, pero en octubre del mismo año empezaron a notarse unos cambios desfavorables en su salud que nunca habían sucedido antes de la aplicación de la vacuna. Inició con inflamación en el rostro y luego en las articulaciones. Los médicos ordenaron exámenes para estudiar una posible artritis reumatoide infantil pero salieron negativos para ese diagnóstico. De acuerdo a la literatura médica la niña presentaba síntomas del Síndrome de Guillain Barré (SGB), que es una posible efecto adverso generado por la vacuna anti VPH, pero los médicos no hicieron esas pruebas porque nunca asociaron los síntomas de la niña con la vacuna anti VPH. Los síntomas de la niña son muy similares a los que aún padecen las niñas del Carmen de Bolívar y de otras niñas a nivel nacional que fueron inoculadas con la misma vacuna y que presentan cuadros clínicos adversos. Esta realidad llamó mi atención y busqué contactos que compartieran la misma experiencia después de aplicada la vacuna anti VPH; además de la vereda Calibío tuve otros contactos entre ellos en la ciudad de Popayán, en la ciudad de El Carmen de Bolívar y en la vereda de Caracolí. También realicé contactos con una asociación de madres afectadas por la vacunación masiva realizada a sus hijas en Bogotá.

Esta investigación fue iniciada a partir del año 2014 y sé que no tiene fecha de caducidad.

Fase II Investigación exploratoria.

Se diseñaron tres entrevistas semiestructuradas: una para las niñas inoculadas con la vacuna anti VPH, otra para sus padres de familia y otra para el personal de salud que ha intervenido en este proceso. Las entrevistas para las niñas y para sus padres indagó sobre los aspectos de salud, de economía, socioculturales, de proyectos de desarrollo y de proyectos de vida que se tenían antes de ser expuestas a la vacuna anti VPH; lo que sucedió durante el programa de vacunación y la manera como fueron afectados esos aspectos.

El tercer tipo de entrevista diseñado para el personal de salud indaga sobre la manera como se llevó a cabo la implementación del programa de vacunación.

Hubo otro tipo de entrevista diseñado para los demás profesionales quienes dieron un valioso aporte a la presente investigación desde diferentes áreas del conocimiento me refiero a profesionales en biología, genética humana, medicina, psicología, administración en salud, entre otros.

Fase III Trabajo de campo.

La muestra tomada para esta investigación es de tipo no probabilística e intencional, fue seleccionada constituida por las niñas que fueron inoculadas con la vacuna anti VPH y que tuvieron o no reacciones adversas causadas por ella. En el municipio de Popayán encontré dos casos, una niña con efectos adversos y que fue vacunada en la Institución Educativa San Agustín y otra niña vacunada en la Institución Educativa de Calibío.

Para lograr identificar elementos biosociales comunes y no comunes de los lugares donde hay presencia o no de efectos adversos, se seleccionó dos lugares tipo: El municipio de El Carmen de

Bolívar con un brote importante de reacciones adversas y el corregimiento de Descanse en el sur del departamento del Cauca donde no hubo ningún caso de efectos adversos.

Los lugares explorados fueron Popayán, Calibío, Descanse, mismos ubicados en el departamento del Cauca y El Carmen de Bolívar y Caracolí, ubicados en el departamento de Bolívar. Es una investigación multilocalizada dentro del territorio colombiano, aunque no se alcanzó a explorar otros lugares dentro del país que también tienen reportes no oficiales de niñas en condiciones similares a las que se presentan en esta investigación. Se sabe que a nivel mundial han ocurrido eventos parecidos de reacciones adversas debidas a la vacuna anti VPH.

El tamaño de la muestra varía en los diferentes lugares. En Descanse su tamaño es de 10 niñas entre los 14 y 22 años; 10 padres de familia en edades comprendidas entre 30 a 51 años y 1 docente. En Calibío, 1 niña, 2 padres de familia, 1 persona mayor. En Popayán, 1 niña y 1 madre de familia. En Carmen de Bolívar y Caracolí fueron 7 niñas en un rango de edad entre los 13 y 17 años, también 24 padres de familia entre 35 y 60 años. Todas estas niñas fueron inoculadas con la vacuna anti VPH. Los profesionales entrevistados fueron 7. Para un total de 65 entrevistas semiestructuradas.

Fase IV Transcripción de datos.

A medida que se hicieron las entrevistas fui registrando los datos para observarlos hasta que hubo repetición de la información pues esto es señal del límite del tamaño de la muestra. A cada una de las experiencias compartidas, las cuales fueron digitalizadas, se les hizo el análisis de discurso generando categorías de información.

Fase V- Redacción del documento.

Después de analizar e interpretar los datos registrados y agrupar las categorías de información se hizo la escritura de los capítulos de la investigación.

1.2.2. Limitaciones de la investigación.

Las limitaciones inicialmente fueron el difícil acceso a las fuentes de información oficiales sobre las niñas que hubiesen tenido reacciones adversas después de ser inoculadas con la vacuna anti VPH. Por ejemplo, las dos niñas del municipio de Popayán no están registradas en la secretaría de salud municipal como casos de Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o Inmunización (ESAVI), así en el departamento del Cauca no hay reportes oficiales de los casos aunque extraoficialmente se conocen dos. Igualmente sucede en el departamento de Bolívar que aunque hay más de mil casos de niñas con cuadros clínicos adversos y dos niñas fallecidas, según la información de las asociaciones de padres de familia, en ningún caso se ha establecido una relación causal con la vacuna. Al no encontrar registros oficiales, la búsqueda de los casos se hizo muy dispendiosa.

Una dificultad muy importante fue el costo monetario de los desplazamientos a los lugares elegidos, pues este tipo de investigación no cuenta con ningún apoyo económico institucional.

Otra dificultad que se presentó en el trabajo de campo para la presente investigación fue que las personas que compartieron sus experiencias, sus percepciones o sus apreciaciones al respecto, solicitaron el derecho de anonimato pues se trata de un tema muy delicado y que cualquier apreciación podría tener compromisos jurídicos. Por esto, las personas están representadas con un código, por ejemplo la intervención de los profesionales de diferentes áreas del conocimiento están codificadas con la letra *c*, los padres de familia con *pf*, las madres de familia con *mf*, las

niñas con *n* y los nombres de las personas que aparecen son pseudónimos. En las citas que identifican las intervenciones se presenta el lugar, código y año. Es importante aclarar que ninguno de los actores, de la presente investigación, tiene ideología de grupos anti vacuna. En la siguiente tabla se indica la codificación, la edad aproximada, el sexo identificando con H para hombre, M para mujer y n para niña; lugar y profesión.

En la siguiente tabla se muestra la codificación de las entrevistas:

Código	Edad aprox.	Sexo	Lugar	Profesión
D	51	M	Descanse	Docente
FSP2	35	H	Descanse	Funcionario público
n1	15	n	Descanse	Escolar
n2	18	n	Descanse	Escolar
n3	16	n	Descanse	Escolar
n4	14	n	Descanse	Escolar
n5	14	n	Descanse	Escolar
n6	15	n	Descanse	Escolar
n7	14	n	Descanse	Escolar
n8	16	n	Descanse	Escolar
n9	15	n	Descanse	Escolar
n10	22	n	Descanse	Escolar
MF1	38	M	Descanse	ama de casa
MF2	51	M	Descanse	ama de casa
MF3	51	M	Descanse	Docente
MF4	35	M	Descanse	Técnica Contabilidad
MF5	50	M	Descanse	ama de casa
MF6	34	M	Descanse	ama de casa
MF7	35	M	Descanse	ama de casa
MF8	51	M	Descanse	ama de casa
MT	78	H	Descanse	médico tradicional
Lucía Díaz	15	n	Calibío	Escolar
Franco Díaz	43	H	Calibío	Agricultor
Lucero Díaz	72	M	Calibío	Agricultora
madre de Lucía	38	M	Calibío	ama de casa
Julieta Muñoz	19	n	Popayán	Estudiante
madre de Julieta	40	M	Popayán	Docente
PF1	45	H	Carmen de Bolívar	Moto taxista
PF2	43	H	Carmen de Bolívar	Agricultor
PF3	50	H	Carmen de Bolívar	Conductor

MF1	45 M	Carmen de Bolívar	Docente
PF3	50 H	Carmen de Bolívar	Agricultor
MF2	48 M	Carmen de Bolívar	ama de casa
MF3	48 M	Carmen de Bolívar	Docente
MF4	38 M	Carmen de Bolívar	Agricultora
MF5	42 M	Caracolí	ama de casa
MF6	37 M	Caracolí	ama de casa
D	55 H	Caracolí	Docente
HMF5	17 n	Caracolí	Agricultora
Moto taxista	35 H	Caracolí	Moto taxista32
OI2	50 H	Caracolí	Pastor
MF7	42 M	Caracolí	ama de casa
MF8	48 M	Caracolí	oficios varios
MF9	47 M	Carmen de Bolívar	ama de casa
MF10	45 M	Carmen de Bolívar	ama de casa
MF11	38 M	Carmen de Bolívar	ama de casa
MF12	40 M	Carmen de Bolívar	ama de casa
MF13	38 M	Carmen de Bolívar	ama de casa
OI3	82 H	Caracolí	Agricultor
MF14	37 M	Caracolí	ama de casa
MFZ	41	Caracolí	ama de casa
Taxista	75 H	Cartagena	Taxista
N1	13	Carmen de Bolívar	Escolar
N2	17	Carmen de Bolívar	Escolar
N3	16	Carmen de Bolívar	Escolar
N4	15	Carmen de Bolívar	Escolar
N5	14	Carmen de Bolívar	Escolar
N6	14	Carmen de Bolívar	Escolar
PS-M1	48 H	Popayán	Prof-Esp. Salud Pública
C1	32 M	Popayán	PhD-Genética Humana
C2	35 M	Popayán	Mg. Bióloga
C3	48 M	Popayán	PhD-Genética Humana
C4	55 M	Popayán	Mg. Bióloga
C5	29 M	Popayán	Psicóloga
C6	65 M	Popayán	Médica-Esp. Salud Pública

Fuente: Elaboración propia (2019). Trabajo de campo.

1.2.3. Consideraciones éticas y limitaciones de la investigación

Las niñas junto a sus familias afectadas por el evento, tanto en Carmen de Bolívar, Caracolí, Calibío y Popayán necesitan ayuda de manera urgente. Necesitan un grupo de profesionales que

les colaboren con la comprensión de la magnitud del problema, con la atención integral médica y psicológica a las niñas, además buscan que su realidad sea conocida. El compromiso, de la autora de la presente investigación, con el cuerpo social afectado ha sido el visibilizar su realidad para que al menos en el campo académico sea conocida mediante un artículo para una revista académica de divulgación internacional, toda vez que los medios de comunicación colombianos no lo quieren hacer.

La retribución a la comunidad de Descanse se hizo mediante charlas de sensibilización étnica, paternidad responsable, motivación y proyección académica dirigidas a un grupo de 53 estudiantes adolescentes y a 18 docentes, en grupos separados en el marco de la celebración de las fiestas patronales del grupo étnico yanacóna llevadas a cabo durante los días 29 de abril hasta el hasta el 1 de mayo del año 2018.

En todo momento se han respetado a los interlocutores, se guarda confidencialidad en general con excepción en los casos que las personas quieren aparecer en el documento y han expresado esto directamente a mí como investigadora. Se les ha explicado, a todos, la investigación y se ha pedido verbalmente su consentimiento y se les ha dicho que podían retirarse en cualquier momento del proceso. Se pidió autorización para el tratamiento de imágenes.

Los resultados de la presente investigación serán compartidos a los líderes sociales que están asociados bajo el concepto de familias afectadas por la vacuna anti VPH en E l Carmen de Bolívar.

2. Capítulo II. Algunos lugares donde se llevó a cabo la vacunación masiva contra el Virus del Papiloma Humano VPH en Colombia

Esta investigación es multisituada, ya que la estrategia metodológica es de tipo Descriptiva comparativa. En todo el territorio colombiano se llevaron a cabo las jornadas de vacunación masiva contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). En algunos lugares unas niñas enfermaron después de la aplicación, como los casos encontrados en El Carmen de Bolívar al norte de Colombia, pero en otros las niñas no tuvieron ninguna alteración en su salud como en la población de Descanse ubicada al suroccidente colombiano.

Para poder realizar el estudio comparativo sobre percepciones y respuestas físicas, psicológicas y socioculturales de las niñas y adolescentes que fueron inoculadas con la vacuna anti VPH, se seleccionaron dos lugares extremos mencionados anteriormente. Ubicados al norte de Colombia, en el departamento de Bolívar hemos visitado la ciudad de El Carmen de Bolívar y a la vereda Caracolí. En el suroccidente colombiano en el departamento del Cauca se trabajó en el corregimiento de Descanse. Encontraremos una etnografía y caracterización socio demográfica de las poblaciones que habitan los lugares visitados, El Carmen de Bolívar y Descanse que son los lugares comparados.

También se da a conocer dos casos de niñas que enfermaron después de la vacuna anti VPH, un caso en la ciudad de Popayán, capital del departamento del Cauca, y uno en la vereda de Calibío, al norte de la ciudad de Popayán.

A continuación se presenta una contextualización geográfica del estudio, tomando principalmente la información oficial publicada en los Análisis de Situación de Salud (ASIS), los cuales son reportes municipales y departamentales generados en las secretarías de salud

Colombianas para el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). La contextualización se hace a partir de la localización de Colombia en el continente americano hasta el detalle de cada uno de los lugares mencionados.

2.1 Localización de Colombia

El continente americano está dividido en tres secciones: Norte América, Centro América y Sur América. Recorriendo el continente de Norte a Sur, encontramos a Colombia ubicada en la región noroccidental de Sur América, conecta a los países de América Central con los de América del Sur. Los límites continentales son al noreste con Panamá, al este con Venezuela y Brasil, al sur con Perú y Ecuador. La costa norte está bañada por las cálidas aguas del mar Caribe que se unen al océano Atlántico y su costa occidental está acariciada por el océano Pacífico.

2.2 Población mestiza multicultural

Los rasgos fenotípicos de la población Colombiana son el resultado del mestizaje entre europeos, indígenas y africanos. Hay presencia de grupos étnicos en minoría y grupos afrodescendientes; esto hace que sea una población multicultural y pluriétnica. En el Caribe colombiano hay una cantidad importante de descendientes del Medio Oriente.

Los pueblos indígenas y sus respectivas etnias se localizan principalmente en las regiones Amazónica, Andina, la Orinoquía y el Caribe, el porcentaje de participación poblacional de los pueblos indígenas es del 3,36% (1.392.623 personas). Según el censo de 2005, el porcentaje de participación del grupo de negros, mulatos y afrocolombianos, es del 10,3% (4.273.722 personas). La población mestiza es la que mayor participación poblacional tiene con un 84,16% (34.898.171 personas). El pueblo Rrom participa con un 0.01%(4.857 personas); los raizales del archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa

Catalina, con un 0,07% (30.565 personas); y los palenqueros con un 0,02% (7.470 personas). (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p.31).

El idioma oficial es el español. Hay 65 lenguas indígenas, dos criollas (palenquera y creole de las islas de San Andrés y Providencia), una romaní y lenguaje de señas colombiano. La religión predominante es la católica con sus derivaciones, entre ellos protestantes, también hay presencia, muy pequeña, de otras religiones.

En Colombia hay 49.834.240 habitantes, el 49,4% (25.228.444) de la población son hombres y el restante 50,6% (24.605.796), mujeres. La relación hombre mujer se ha mantenido estable durante el decenio; para el último año por cada 100 mujeres hay 97,53 hombres” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018, p.30).

Colombia ha sido dividida en regiones naturales de acuerdo a sus características de relieve, clima, vegetación y ubicación física en la extensión de su territorio, de norte a sur y de oriente a occidente las regiones aparecen de la siguiente manera: Región Caribe, Región Andina, Región de los Llanos o de la Orinoquía, Región del Pacífico, Región de la Amazonía y Región Insular. Para ilustrar se puede ver el mapa 1. Regiones naturales de Colombia.

Mapa 1. Regiones Naturales de Colombia



Fuente: solar.physics.montana.edu en línea, consultado en mayo 18 de 2019

http://solar.physics.montana.edu/munoz/AboutMe/ColombianMusic/NaturalRegions/Espanol_Regiones_N.html

En este trabajo de investigación tomaremos lugares ubicados en la región Caribe en el departamento de Bolívar y de la Región del Pacífico y Región Andina tenemos el departamento

del Cauca, cuya localización se puede apreciar en el mapa 2. Ubicación de los departamentos del Cauca y Bolívar en Colombia.

Mapa 2. Ubicación de los departamentos del Cauca y Bolívar en Colombia



Fuente: Jesús Alberto Ramírez – geógrafo. 2018. Esta investigación.

2.3 El Departamento del Cauca

Está ubicado al sur occidente colombiano, su parte costera está en la Región del Pacífico y su parte continental en la Región de los Andes. Tiene una extensión de 140 kms sobre la costa

Pacífica y atravesado de sur a norte por la cordillera de los Andes que se ramifica en tres cadenas montañosas: cordillera occidental, central y oriental, esto sucede en el Macizo colombiano ubicado al sur del departamento del Cauca. Limita con los departamentos de Valle del Cauca al norte, Huila y Tolima al oriente y con Caquetá y Putumayo al sur.

Tiene una extensión de 29.308 Km², equivale al 2,7% del territorio nacional. Está dividido en 42 municipios, organizados en 7 subregiones.

La población del Departamento del Cauca para el año 2017, es de 1.404.205 personas. El 50,64% de la población son hombres y el 49,35% mujeres con equilibrio relativo entre ambos géneros. La densidad de población es de 48.07 habitantes por kilómetro cuadrado” (p.35). En cuanto a la población étnica, en Colombia hay “301.904 indígenas que representaban el 21,5% y 311.733 personas equivalentes al 22,2% que se auto reconocen como negro, mulato, afrocolombiano o afrodescendiente” (Asis-Cauca, 2017, p.36).

En el departamento del Cauca, el lugar tipo, se llama Descanse ubicado en el municipio de Santa Rosa.

2.3.1 El municipio de Santa Rosa

Está ubicado a 270 kilómetros al sur de la ciudad capital del departamento del Cauca. Su cabecera municipal es un centro poblado que lleva el mismo nombre. Este municipio está conformado por veredas y corregimientos ubicados en Alta y Media Bota Caucanas.

En el mapa 3, se puede apreciar la ubicación del municipio de Santa Rosa en el Departamento del Cauca.

Mapa 3. Ubicación del municipio de Santa Rosa en el departamento del Cauca.



Tomado de [https://es.wikipedia.org/wiki/Santa_Rosa_\(Cauca\)#/media/File:Colombia - Cauca - Santa Rosa.svg](https://es.wikipedia.org/wiki/Santa_Rosa_(Cauca)#/media/File:Colombia_-_Cauca_-_Santa_Rosa.svg) en línea consultado el 28 de marzo de 2019.

Delimitación política del municipio de Santa Rosa.

Según la información encontrada en el ASIS-Santa Rosa, actualizada en 2017, del municipio de Santa Rosa denota los siguientes límites para su municipio:

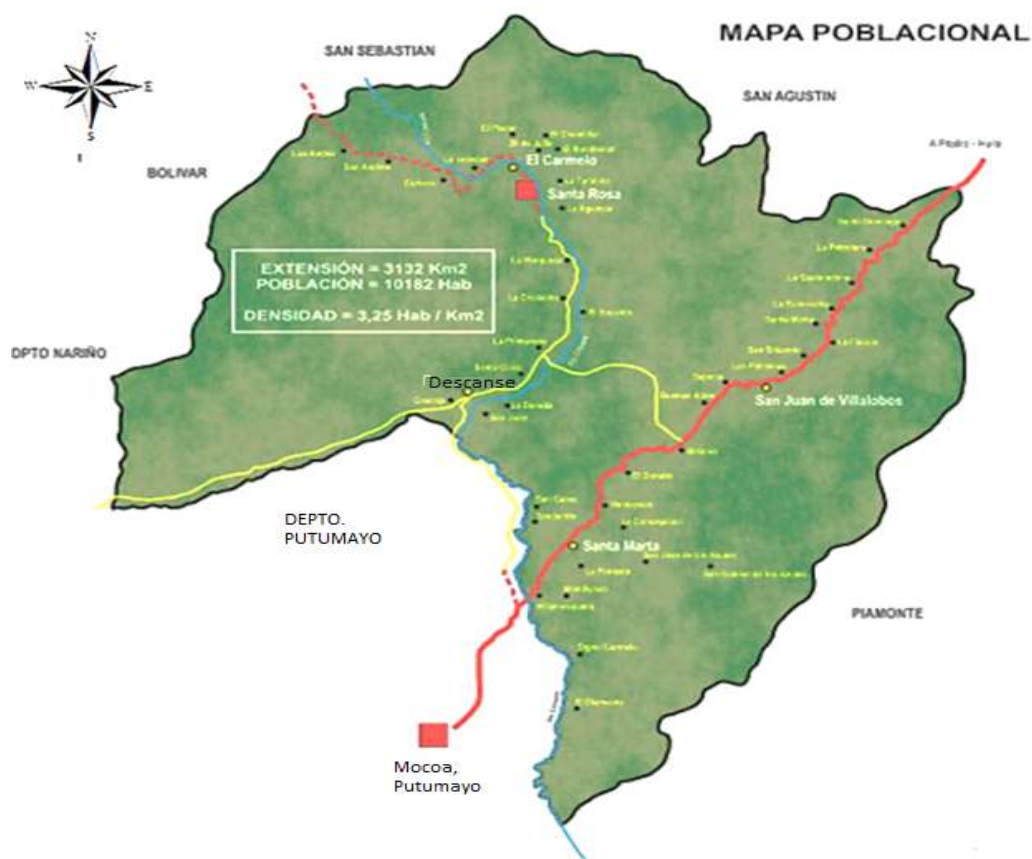
Norte: limita con el municipio de San Sebastián [...] Sur: con el Municipio de Piamonte [...] y el departamento del Putumayo. Oriente: limita con los departamentos de Huila y Caquetá [...]. Occidente: limita con el Municipio de Bolívar y los Departamentos de Nariño y Putumayo (p.15).

Aspectos sociodemográficos del municipio de Santa Rosa.

En los tiempos anteriores a 1860, en el lugar habitaban indígenas que hoy se les ha reconocido ser pertenecientes a los grupos étnicos de los Yanaconas e Ingas, luego, según ASIS-Santa Rosa (2017) “entre 1.860 y 1.870 se descubrieron las selvas de Quina (*cinchona officinalis*) del río Caquetá y comenzaron a llegar hacia esta región numerosos colonos provenientes de Almaguer, El Rosal, Bolívar y San Sebastián” (p.13), posteriormente llegaron grupos de población mestiza de los departamentos vecinos: Nariño, Putumayo y Huila, dando origen a la actual población. En el municipio existen tres resguardos “un resguardo localizado en la Vereda Mandiyaco sus pobladores son Ingas, otro en la Vereda Santa Marta con población Yanacona y el Resguardo San José de Descanse con población Inga” (p.13). En general la población está conformada por grupo poblacional mestizo, campesinos e indígenas y el mestizaje entre ellos. Actualmente “el 25% se auto reconoce como indígena y solo el 3,4% como negro, mulato, o afrodescendiente” (Pérez, 2016 p.21) los demás se reconocen como “colonos”, es decir grupo poblacional mestizo. Según el ASIS – Santa Rosa (2017), hasta el año 2017, Santa Rosa es un municipio conformado por 10.688 habitantes; el 82.08% (8.668) de la población habita en la zona rural y el 17,92% (1.897) en la zona urbana, esto muestra que en su mayoría es una población rural dispersa asentada en las riberas de los caminos o vías de acceso. Tiene una extensión de 3.132 km². La Densidad poblacional del municipio de Santa Rosa, es de 3 Habitantes / Km². Principalmente practican la religión católica y en las veredas tienen sus fiestas patronales particulares. Para la comunicación verbal usan el castellano como lengua oficial y al ser una población tan diversa en etnias se encuentran lenguas como la de la comunidad Inga, que hablan el Kichwa usando la variante inga, hablan “ingano”, lengua nativa que está desapareciendo. Finalizando la descripción del municipio de Santa Rosa, el ASIS (2017) concluye de la siguiente manera:

Se puede determinar que el municipio de Santa Rosa es un municipio joven en cuanto a dinámica de población y extenso en extensión territorial; distante de la capital del departamento del Cauca, ubicado en una zona de condiciones geográficas de difícil acceso y recursos económicos limitados (p.50).

Mapa 4. Población y vías de acceso del municipio de Santa Rosa



Fuente: ASIS-Santa Rosa (2017, p.36)

2.3.2 Descanse

¿Por qué elegí Descanse? Porque necesitaba identificar un lugar que me permitiera entrevistar a todas las niñas vacunadas contra el VPH, que tuviera población de diferentes grupos étnicos y que me permitieran observar sus prácticas culturales, sociales, económicas,

políticas, religiosas, y en fin todos los elementos que rodean al ser humano. Descanse es una población localizada a 20 horas y a más de 320 kilómetros al sur de la capital del departamento del Cauca cuyo acceso se hace en bus y a caballo. Su población está conformada por población mestiza, pocas personas con ascendencia Africana descendientes de africanos esclavizados y acompañantes de Fray Juan de la Cruz y otros misioneros capuchinos (Pérez, 2016), campesinos e indígenas pertenecientes a las etnias Inga y Yanacona. El corregimiento de Descanse me ofreció la posibilidad de poder atender todos esos elementos. Geográficamente está ubicado al sur del Departamento del Cauca, y a su vez al sur del municipio de Santa Rosa.

Aspectos físicos.

Descanse es una población asentada en el valle del río Caquetá y al pie de la cadena montañosa del Macizo colombiano en una parte sur oriental del “cerro Tujumbina que integra el complejo volcánico Doña Juana y el costado occidental de la serranía La Tuna que se separan por el río Caquetá” (ASIS, 2017, p.27), donde se podría sugerir que nace la cordillera oriental; su altura sobre el nivel del mar es de mil metros, aproximadamente. Este es el último corregimiento del departamento del Cauca en el camino de herradura que desciende por la ribera del río Caquetá y conduce a Mocoa la capital del departamento del Putumayo, como se puede observar en el mapa 4. Del pie de esta cadena montañosa nace el pie de monte Amazónico, que le da las características del clima tropical húmedo y frecuentes precipitaciones pues llueve todos los días desde abril hasta noviembre “estimándose en 2.800m.m/año” (Pérez, 2016, p.18).

Tiene una importante riqueza y diversidad en flora, fauna, recursos hídricos, fertilidad de sus suelos, entre otros. Descanse está bañado por los siguientes ríos: al norte por el río Blanco y la quebrada Santa Rita. Al sur por la quebrada del Pueblo, los ríos Chopiyaco y Tigriyaco. Al

oriente por el caudaloso río Caquetá. Al occidente está el pie de la cordillera de donde nacen varios afluentes de estos ríos.

Aspectos sociodemográficos de Descanse.

En el ASIS-Santa Rosa (2017), se informa que el “corregimiento de Descanse se encuentra integrado por las veredas de San José, Santa Clara, Santa Rita, La isla, El Cascajo y La Esperanza” (p.27). Cuenta con una población de “460 habitantes aproximadamente, acogiendo el 4.97% de la población del municipio” (Pérez, 2016, p.28)

Su población presenta una riqueza de fenotipos que son resultado de la mezcla entre pueblos nativos descendientes de Andakíes, población mestiza y campesinos migrantes de otros lugares de Colombia que llegaron a la zona por la producción de la Quina, mineros nacionales y “gringos” que viajaron al lugar para explotación de minas de oro, los africanos esclavizados que acompañaron los grupos misionales, entre otros. Pérez (2016) cuenta que “los Andakí habían sido los moradores de los territorios del alto Caquetá y laderas selváticas de la cordillera central, su ferocidad aumentaba a medida que la avanzada colonizadora y las fundaciones misionales penetraban su territorio, por cuya razón sus ataques se manifestaron sobre el curso del río Caquetá como es el caso de Simancas [Santa Rosa], Descanse, Yunguillo y Condagua” (p.30), estos dos últimas poblaciones están ubicadas sobre las riberas del río Caquetá en el actual departamento del Putumayo sobre las riberas del río Caquetá al lado del camino descendiente que comunica a Descanse con Mocoa. La migración de los grupos externos en la zona se debió a intereses económicos explotando las riquezas de la Amazonia, entre ellas el cultivo de Quina y la explotación minera, para integrarlas a la economía Colombiana y a la colonización religiosa española con los misioneros capuchinos.

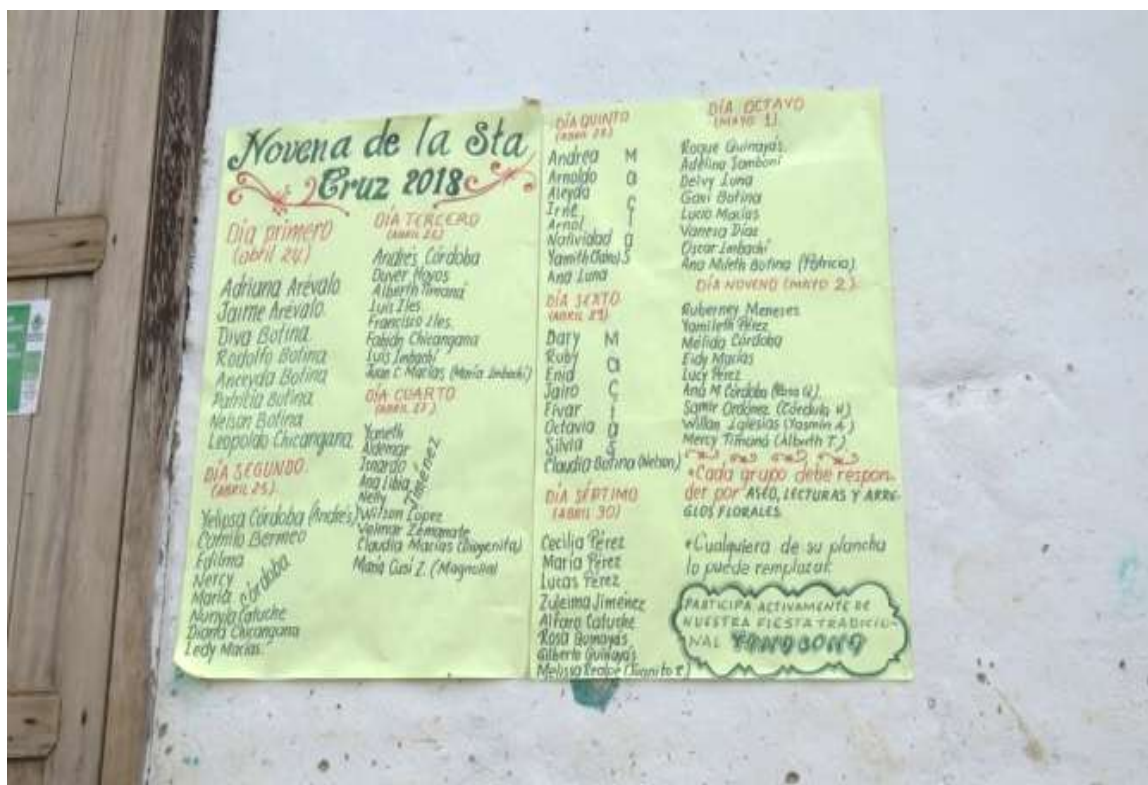
Actualmente, Descanse tiene un gobierno que está dirigido por 3 organizaciones: La junta de acción comunal para la población mestiza, un gobernador Inga del resguardo de San José y un gobernador del Cabildo Yanacona; esta situación también hace que la gente esté dividida entre “colonos e indios”. La población mestiza migrante de los departamentos de Huila, Nariño y de otros municipios del Cauca, se autodenomina “colono”, ellos se refieren al grupo indígena como “indios”. El grupo poblacional indígena pertenece a las comunidades Yanacona e Inga.

Descanse tiene un puesto de salud donde se atienden casos menores como cortadas, planificación familiar, vacunación, toma de signos vitales, entre otros. Tienen una Institución Educativa llamada Fray Isidoro de Monclar y un templo católico, estas instituciones atienden a los pobladores de la vereda Cascajo ubicada al sur a 25 minutos de camino de herradura. El camino de Cascajo a Descanse está atravesado por 3 ríos: Tigriyaco, Chopiyaco y la quebrada del Pueblo; son ríos que en invierno crecen y obstaculizan el paso. Cascajo está gobernada por la junta de Acción Comunal y el Resguardo de San José de la comunidad Inga. Tienen una escuela con pocos niños, no poseen puesto de salud, iglesia ni colegio.

Cohesión social, política y religiosa en Descanse.

A pesar de las diferencias entre la población descanseña, debido a la identidad étnica, la comunidad se une para realizar proyectos en favor del desarrollo de su región como son el mantenimiento de los caminos, tecnificación de cultivos, proyectos de protección del medio ambiente, atención de emergencias cuando son generadas por problemas de salud, fiestas patronales, entre otras. Los une un mismo credo religioso, practican la religión católica y su fiesta principal es el 8 de diciembre con la celebración de la fiesta de la Inmaculada Concepción a la cual asiste toda la población, tanto mestizos como indígenas.

Fotografía 1. Integrantes de la comunidad Yanacona organizados en grupos para atender la fiesta de la Santa Cruz.



Fuente: Piedrahita (2018)

Los Yanaconas celebran el 3 de mayo el día de la Santa Cruz porque es su fiesta patronal. Ellos preparan esta celebración con mucho tiempo de anticipación donde se conforman grupos para desarrollar las diferentes actividades de la fiesta.

Fotografía 2. Fiesta de la Santa Cruz, patrona del pueblo Yanacona.



Fuente: Hurtado, (2018). Trabajo de campo.

Descanse, el pueblo de las puertas abiertas.

Desde la observación participante vi a una niña que se trasladaba desde el Cascajo al colegio en Descanse, llegó a las 6 am a la casa de su amiga donde entró sin necesidad de golpear porque la puerta estaba abierta. Se cambió la ropa mojada por el invierno y le ofrecieron comida caliente. Casos de estos suceden muy a menudo debido a su clima, pero siempre se tiene la atención y solidaridad de las familias de Descanse.

Las casas, durante el día, tienen abierta la puerta principal de salida a la calle si hay alguna persona de la familia dentro de la casa, pero si todos han salido entonces la puerta está cerrada y asegurada con una cuerda para que no entren los animales a hacer daños. Son casas muy aseadas aunque haya mucho lodo en el camino. Normalmente el suelo de la casa es de tierra

pisada que debido a la humedad tiene una capa verde que es una especie de musgo; por esto algunos propietarios colocan en sus viviendas los pisos en madera y elevados del suelo; o también pisos en cemento sobre el suelo.

En general la gente es muy alegre debido a su buen sentido del humor, a la tolerancia al dolor muy elevada que se ha endoculturizado desde edades muy tempranas, a su capacidad de resiliencia pues han sufrido la huella del conflicto armado como se puede ilustrar en los trabajos de grado de las antropólogas Pérez (2016) y Piedrahita (2019). Además son muy generosos, inteligentes, trabajadores y acogen con mucho cariño y alegría a todos los visitantes.

Fotografía 3. Niño de Descanse ofreciendo su mascota.



Fuente: Hurtado (2018). Trabajo de campo.

La formación del carácter y la elevada tolerancia al dolor.

En las familias descanseñas hay un elemento en la formación del carácter que se repite de generación en generación volviéndose una práctica cultural y es la resistencia al dolor físico y psicológico, como se ilustra en los siguientes fragmentos de conversación:

Desde muy pequeñas nos dicen, ¡no llores por nada!, después de un castigo nos dicen ¡Cállese si no quiere que le dé más duro para que lllore con razón!”

(Descanse, Entrevista #7, 2018)

Mi niña no fue criada con mimos, pues eso los hace delicados. Las casco con una vara o correa. ¡Las criamos duro para que no se arruguen por nada!

(Descanse, Entrevista #2, 2018)

Al dolor físico, especialmente por enfermedad, tratan de aliviarlo usando plantas medicinales que constituyen la medicina tradicional heredada por los ancestros nativos y mestizos. En lo posible tratan de atenderla en el puesto de salud de Descanse. Tienen acceso a dos hospitales, uno de Nivel I de baja complejidad, en la cabecera municipal esto es en Santa Rosa a 10 horas de camino de herradura ascendiendo de sur a norte por la ribera del río Caquetá. El otro hospital es de nivel III de media complejidad, ubicado en Mocoa, la capital del departamento del Putumayo que para llegar deben caminar 8 horas hacia el sur descendiendo por la ribera del río Caquetá. Como se puede observar los dos hospitales están muy distantes; esto hace suponer que es uno de los factores de su alta tolerancia al dolor.

Cuando los casos de salud se complican todo el pueblo se une para *chacanear* al paciente; esto es que hacen una camilla o *chacana* con dos maderos laterales y en media una tela que hace

las veces de colchón. Esta chacana es llevada por las manos de dos personas que se relevan cada hora, para este oficio se ofrecen muchos vecinos, ahí no interesa si son mestizos o nativos, tampoco importa ninguna otra diferencia o querella, ni el tiempo, nada. La generosa solidaridad no se hace esperar, van entre 12 y 30 hombres corriendo para relevarse la chacana. El recorrido que normalmente toma 8 horas al sur en caminar, ellos lo hacen en 4 horas, porque el tiempo apremia y una vida es muy importante.

También observamos la fortaleza psicológica de la cual ellos se sienten orgullosos y lo denominan “guapura” que no es otra cosa que la supresión de las expresiones de dolor, si hay expresión de dolor le llaman “frojera”. En el siguiente fragmento de conversación se pueden ilustrar estos conceptos:

Esta niña es tan guapa, ella no se queja de nada; una vez tenía cólicos por apendicitis pero no dijo nada y tocó chacanearla, llegamos a tiempo al hospital de Mocoa antes de que se le reventara. (Descanse, Entrevista #3: 2018)

Los elementos que influyen es esta alta tolerancia al dolor podrían agruparse así:

1. La endoculturación que imprime fortaleza psicológica.
2. La lejanía para acceder a los hospitales.
3. La alimentación y el contacto con la exuberante naturaleza viva.

Alimentación y Gastronomía.

En sus prácticas agrícolas, la comunidad descanseña le apuesta a los cultivos orgánicos ya que cuentan con suelos muy fértiles, además tienen una riqueza hídrica importante y de clima que hacen que tengan productos del campo todo el tiempo. Adicionalmente a las técnicas de siembra basadas en prácticas ancestrales que tienen en cuenta las temporadas de siembra y

cosecha observando las fases de la luna y su incidencia, tienen los recursos de flora y fauna silvestres para su alimentación.

Entre los productos agrícolas que consumen con más frecuencia están los siguientes:

Aguacate (*Persea americana*), Arazá (*Eugenia stipitata*), Alchorcha – archucha (*Cyclanthera pedata*), Banano (*Musa cavendishii*), Borojó (*Borojoa patinoi*), Bore (*Colocasia esculenta*), Cacao (*Theobroma cacao*), Café (*Coffea arabica*), Caimito (*Pouteriace ccropiiifolia*), caña dulce (*Saccharum officinarum* L), Chontaduro (*Bactris gasipaes*), Fríjol (*Phaseolus vulgaris*), Guayaba (*Psidium guajava*), Lima (*Citrus aurantifolia*), Limón (*Citrus limon*), Maíz (*Zea mays*), Maracuyá (*Passiflora edulis*), Naranja (*Citrus sinensis*), Papa (*Solanum tuberosum*), Papaya (*Carica papaya*), Piña (*Ananas comosus*), plátano (*Musa paradisiaca*), uva caimarón (*Pouroumace cropiiifolia*), yuca (*Manihot esculenta*),

La proteína de la carne la obtienen de animales que ellos crían en sus propiedades, por ejemplo: aves de corral (*Gallus gallus domesticus*), bocachico (*Prochilodus magdalenae*), bovino (*Bos indicus*), cachama (*Colossoma macropomum*), cuy, cuyes (*Cavia porcellus*), peces (*Piaractus brachypomus*), porcino (*Sus scrofa domestica*), tilapia (*Oreochromis niloticus*)

Las plantas que usan para condimentar sus comidas son cultivadas y otras son silvestres, entre ellas están: achiote (*Bixa orellana*), ajo (*Allium sativum*), albahaca (*Ocimum basilicum*), cebolla (*Allium cepa*), cebollin (*Allium choenoprasum*), cilantro (*Coriandrum sativum*), mingó o cimarrón (*Eryngium foetidum*), orégano (*Origanum vulgare*), perejil (*Petroselinum crispum*), tomate (*Solanum lycopersicum*), tomillo (*Thymus vulgaris*), yerbabuena (*Mentha piperita*).

Los platos típicos son: mazamorra, cuy asado, caldo de gallina, sopa de maíz, sancocho. Las bebidas típicas son: chicha y cambomba que es una bebida preparada a partir de guarapo o jugo

de caña en el cual se licua chontaduro y se agrega levadura o cerveza para lograr la fermentación, luego se deja reposar una hora.

Cuando se realizan actividades donde hay participación colectiva, las comidas que conforman el menú son, sopa de maíz, carne de res asada, yuca cocida y para beber se prepara la chicha de maíz o el guarapo de caña.

Los pobladores de Descanse desde muy pequeños son instruidos tanto en su casa como en la Institución Educativa para producir sus alimentos, de tal manera que contribuyan a la salud y que no enfermen a causa de ellos:

Comemos bocachico de estanque criado con desperdicios de cocina, maíz cultivado aquí, cáscara de chontaduro y hojas de bore. Cada ocho días pesan [matan] una vaca, así comemos carne de vaca cada 8 días. Día de por medio consumimos huevos porque las gallinas ponen día de por medio. Comemos todo lo de aquí.

(Descanse: Entrevista 8, 2018)

Prácticas agrícolas

Las familias usan técnicas de cultivo orgánico donde no se usan pesticidas ni herbicidas. También producen sus propios aliños a partir de las plantas que siembran en sus huertas, las cuales cumplen una función indispensable en la comunidad como despensa familiar:

Lo que sembramos para nuestra alimentación se hace sin abonos químicos ni fumigaciones. Tampoco sazonomos con Maggi®, trisalcina®, ni Royal®; para condimentar usamos el ajo, achiote, mingo, cebolla, tomate, cilantro, alchorchas y alcachofas.

(Descanse: Entrevista 6, 2018).

Economía

Los ingresos de los habitantes de Descanse provienen principalmente de tres fuentes: Primera, de la actividad agrícola en la producción de víveres para autoabastecerse y para comercializarlos en los mercados de Santa Rosa, algunos productos en Mocoa y para hacer trueque de alimentos. Segunda, del transporte de carga usando caballos y mulas (*Equus caballus- Equus mulus*) por los caminos de herradura que conduce a las poblaciones de Santa Rosa y de Mocoa, a esta actividad la denominan “fletear”. Tomando como referencia Descanse, si se dirigen al norte pueden llegar hasta Santa Rosa que es la población donde llega la carretera para vehículos motorizados. Hacia el sur van hasta “la punta del camino”, es donde empieza la carretera del departamento del Putumayo que se dirige al límite con el departamento del Cauca. Dependiendo del jinete y de la carga se pueden gastar entre 6 y 8 horas en un solo trayecto. La tercera fuente proviene de la explotación de oro de manera artesanal en los ríos Cascabel y Caquetá principalmente.

Pero aun así los ingresos familiares no alcanzan a llegar a (1) un salario mínimo legal vigente, porque aunque tienen buenas fuentes de producción agrícola y ganadera la vía de acceso siempre está en mal estado y los costos del transporte no cubre los gastos invertidos; por esto es prioritario para esta comunidad el desarrollo de la carretera que se está abriendo desde el departamento del Putumayo hacia la frontera con el departamento del Cauca, si esto sucede llegaría a 2 horas de camino de herradura de la ruta Descanse - Mocoa, pues el límite del departamento del Putumayo y el departamento del Cauca lo demarca el cauce del río Cascabel que está a dos horas de Descanse.

Proyectos de desarrollo económico para Descanse.

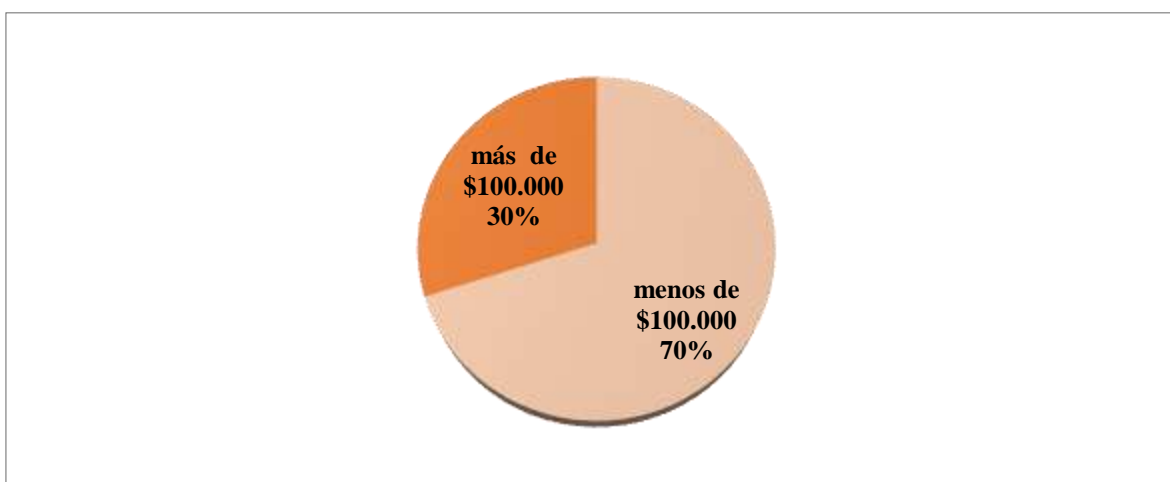
Desde la fundación de Descanse la gran dificultad que han tenido es el acceso, pues los caminos de herradura que han existido les dificulta la comercialización de sus productos. Los renglones de economía que los sostienen son: la ganadería, la minería y los productos agrícolas, los cuales se evidencian en la siguiente entrevista:

Es de destacar que en cuanto a la agricultura sus tierras son propicias para esta actividad ya que los productos son excelentes en cuanto a cantidad, tamaño y calidad. La agricultura es un renglón de la economía de ésta región que al ser explotada a gran escala daría buenas alternativas de ingresos para sus habitantes. Por tal razón es de vital importancia la construcción de la carretera que comunique éste lugar con los lugares donde se puedan comercializar los productos agrícolas.

(Descanse: Entrevista #33,2019).

La comunidad ha unido fuerzas para la atención de sus necesidades básicas, así ha logrado construir el acueducto y alcantarillado en el año 1990, el colegio en el año 1994 y la electricidad en el año 2017.

Figura 1. Ingresos familiares mensuales



Fuente: elaboración propia (2019). Datos obtenidos a partir de los conversatorios con las familias que hacen parte de esta investigación.

Esta figura indica los ingresos mensuales de las nueve familias que tienen sus niñas vacunadas contra el VPH. Se puede apreciar que el 70% de estas familias no alcanzan a conseguir cien mil pesos mensuales y el 30% consigue un poco más de cien mil pesos mensuales, esto indica una pobreza económica muy importante y una falta de poder adquisitivo para inversiones o para atender los gastos básicos, en salud, educación que impiden que se contribuya al desarrollo socioeconómico de la comunidad descanseña. En esta figura solamente se reflejan los ingresos de nueve familias pero en el resto de la comunidad los ingresos menores a \$100.000 es mucho más que el 70%.

No obstante la comunidad se une para implementar los proyectos que benefician a Descanse. En los últimos 10 años han conseguido redes eléctricas, servicios de acueducto y alcantarillado. También se está acercando la carretera que une a Mocoa con el departamento del Cauca. Hace 25 años atrás solamente había escuela primaria y para estudiar el bachillerato debían salir a Santa Rosa, a Mocoa, a Popayán o a cualquier otro lugar que les ofreciera este servicio pero todas las

familias no tenían esa posibilidad económica; actualmente gracias a la unión de la comunidad tienen un colegio técnico agrícola dotado de los servicios públicos para su funcionamiento incluido el servicio de internet.

Relaciones sociales en Descanse

En Descanse se presentan dificultades en las relaciones sociales entre la comunidad debido a la identidad cultural, pues hay presencia de mestizos y de dos etnias: ingas y yanaconas. Todos se unen en momentos de salud, en la fiesta patronal de la Virgen de la Inmaculada Concepción el 8 de diciembre, se unen para hacer trabajos que contribuyen al desarrollo social como son las vías de acceso, trabajan en equipo para conseguir los servicios públicos, entre otros logros. No obstante, se presentan momentos de pugnas por las diferencias citadas anteriormente y porque luchan entre ellos por el reconocimiento del poder. Esto hace que haya expresiones cargadas de ira entre ellos que son manifestadas bajo los efectos del alcohol:

Cada ocho días había peleas en la calle entre borrachos y eso causa impresión porque sacan plomo y machete.

(Descanse: Entrevista 4, 2018)

Relaciones al interior de la familia

La familia constituye el lugar natural y el instrumento más eficaz de humanización y de personalización de la sociedad, esto es lo que se espera de las familias que ellas implementen la responsabilidad de transformar la sociedad para mejorarla. Pero es común ver que en las familias hay dificultades de convivencia y Descanse no es la excepción pues se observa con frecuencia violencia física y psicológica intrafamiliar y en las calles, especialmente en los momentos de embriaguez por alcohol:

Yo tengo dos hijos antes de juntarme con el marido que tengo. Lo peor es que una se junte teniendo hijos porque lleva uno y llevan los hijos. Él dice: esto es lo que me dejó el diablo!, me voy a tomar en el pueblo.

(Descanse: Entrevista 11,2018)

Algunos niños y adolescentes también son víctimas de agresión dentro de sus familias, no solo porque reciben maltrato físico, que es usado como método de corrección y educación, sino que también son espectadores de las agresiones psicológicas perpetradas por las personas mayores. La comunidad descanseña tiene una particularidad en la construcción del humor, pues hacen burlas a partir de la ridiculización de otras personas:

En mi casa hay discusiones por chistes ofensivos. Te comparan con personas que son odiosas o que ha hecho algo ridículo o te comparan con animales o cosas.

(Descanse: Entrevista 6,2018).

En Descanse hay una inspección de policía, pero esto no es suficiente para controlar las agresiones al interior de la familia, solo un trabajo implementado por varias disciplinas sociales y con acompañamiento psicológico podría ayudar a superar las dificultades más importantes que aquejan a la convivencia familiar y que se proyecta a la convivencia con el resto de la comunidad.

La huella del conflicto armado

En el lugar hubo presencia de grupos armados guerrilleros (ver Piedrahita 2019). Hicieron una de sus vías de uso cotidiano en Descanse y tuvieron la oportunidad de atraer a los niños y adolescentes a engrosar las filas, atraían a los estudiantes del colegio, ante tal situación el rector hizo negociaciones con la guerrilla en el año 1998 y consiguió que sus estudiantes terminaran el bachillerato y luego ellos podrían decidir. En Descanse se hacía entrenamiento militar guerrillero. Toda la comunidad, adultos, adolescentes y niños, estaban preocupados al ver los actos violentos perpetrados por la guerrilla en Descanse:

Los muchachos hicieron un comunicado al Caguán informando los malos tratos que la guerrilla infringía a la población, pues hubo momentos muy duros en que los niños iban detrás de la mamá llorando en la Iglesia cuando rezaban para que la guerrilla saliera de Descanse. Le pedimos [oramos] a San Lorenzo que es el santo más bravo que hay para que los expulsara. Mataron a varias personas, los amarraban a la vista de todo el pueblo, a uno lo acibillaron un domingo en la escuela y no lo dejaban tocar para enterrarlo, ese comerciante venía de Santa Rosa.

(Descanse: Entrevista 15, 2018)

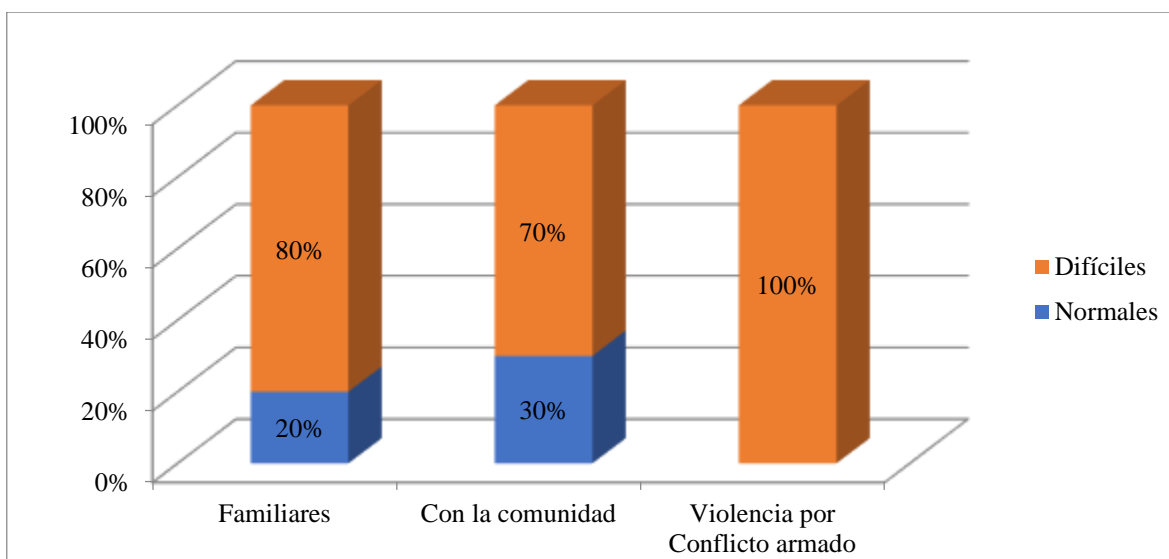
En el año 2002, se creó la Asociación de Mujeres de la Bota Caucana, AMUBOC, formada por 70 mujeres afectadas por el conflicto armado. En el año 2004, Descanse se fue independizando de la guerrilla.

Los siguientes son testimonios de niñas escolares, con edades de 14 y 15 años, refiriéndose a la presencia de grupos subversivos en Descanse.

- La guerrilla intentó matar a mi papá y a mi mamá.
- El perro káiser jugaba con el guerrillero negro. Les hacían aguas [para beber] y jugaban con los niños
- Yo les tenía miedo por la manera como se vestían y temía por la vida de mi papá.
- Mi tía tiene esquizofrenia por el conflicto armado, a ella la escaparon de matar. Hasta ahora le dan las crisis de esquizofrenia y toca hospitalizarla.

Piedrahita (2019) realizó su investigación sobre salud mental y conflicto armado donde se ilustra la afectación en la salud psicológica de las víctimas causada por ese evento en Descanse; igualmente Pérez (2016) en su trabajo titulado *construcción de memoria social y resistencia en un corregimiento del municipio de Santa Rosa Cauca* también menciona la incidencia de grupos armados en Descanse y el desplazamiento forzado. En la Figura 2 se grafica las relaciones sociales en Descanse, familiares, con la comunidad y violencia por conflicto armado.

Figura 2. Relaciones sociales en Descanse



Fuente propia (2019) de datos obtenidos con los conversatorios con familias de niñas vacunadas anti VPH en Descanse.

En esta figura se puede resumir las relaciones sociales vividas en Descanse. Esta información fue suministrada por las niñas vacunadas contra VPH y por sus madres.

En la columna que indica las relaciones familiares se puede observar que el 20% son normales o tolerables pero el 80% son relaciones de difícil convivencia, ello según la percepción de las estudiantes entrevistadas. En la columna que muestra las relaciones de la familia con la comunidad indica que el 30% son normales o de buena convivencia pero el 70% son relaciones problemáticas.

Finalmente en la columna que indica la violencia por conflicto armado, las personas entrevistadas indicaron que hubo presencia de grupos guerrilleros en Descanse y que todos fueron afectados de manera directa o indirecta, física o psicológicamente.

Se puede decir que en Descanse, como en la mayoría de pueblos rurales del territorio colombiano, presenta dificultades en las relaciones familiares, con la comunidad y que también fueron afectados por el conflicto armado. En el capítulo IV se observará si estas dificultades en las relaciones familiares y sociales junto a la presencia del conflicto armado influyeron en las niñas que fueron inoculadas por la vacuna contra el VPH.

Ahora del sur de Colombia, en Descanse del municipio de Santa Rosa en el departamento del Cauca, nos trasladamos a Él Carmen de Bolívar ubicada al norte de Colombia en el departamento de Bolívar.

2.4 El Departamento de Bolívar

Este departamento está ubicado en la costa norte de Colombia, sobre el mar Caribe, en la Región Caribe. Del Asis-Bolívar-2017 encontramos la siguiente información sobre características físicas, políticas y de población:

Se localiza “entre los 07°00’03’’ y los 10° 48’ 37’’ de latitud, y los 73° 45’ 15’’ y los 75° 42’ 18’’ de longitud al oeste de Greenwich... tiene una extensión territorial de 25.978 Km² va desde el Mar Caribe, hasta las selvas del Carare, colinda con los departamentos de Antioquia, Atlántico, Cesar, Córdoba, Sucre, Magdalena y Santander. Su capital es Cartagena de Indias, Distrito Turístico y Cultural de la Humanidad. En relación con la división político-administrativa, el departamento está conformado por 45 municipios y por el Distrito Turístico y Cultural de Cartagena de Indias (capital). El clima de Bolívar es tropical con una temperatura que oscila entre 26 y 30°C. Las lluvias están influenciadas por la acción de los vientos alisios del noreste y por la zona de confluencia intertropical. Para el año 2016 el departamento de Bolívar contaba con 2.121.956 habitantes, de los cuales el 51,5% (577.766) son hombres y el 48,5% (544.048) son mujeres. Con una densidad aproximada de 82 habitantes por kilómetro cuadrado (p.24).

En el mapa 2 está la ubicación de los departamentos del Cauca y Bolívar en Colombia, donde están localizados los lugares de Descanse y Carmen de Bolívar que analizaremos en el capítulo IV.

2.4.1 El municipio de El Carmen de Bolívar

El Carmen de Bolívar es un municipio del departamento de Bolívar, su población femenina escolar también fue cubierta por el programa de vacunación masiva y obligatoria contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) realizado a partir del año 2013.

¿Por qué elegí El Carmen de Bolívar?

En el año 2014, a través de los medios de comunicación masiva se dio a conocer el caso de algunas niñas vacunadas contra el VPH, que enfermaron después de recibir la segunda dosis de la vacuna; fue el único lugar en Colombia donde se observó este fenómeno de manera masiva;

porque también se escucharon casos aislados en el resto de territorio nacional. Me interesaba tener información de fuentes primarias de las niñas que enfermaron y de sus familias como también observar sus prácticas culturales, sociales, económicas, políticas, religiosas, y en fin todos los elementos que rodean al ser humano.

La información sobre las características geográficas de su localización, población y demás datos los he tomado de la fuente oficial, esto es del ministerio de salud y protección social de Colombia, para este caso de la secretaría de salud municipal, el documento se llama ASIS Carmen de Bolívar del año 2015 (Colombia. Ministerio de Salud y Protección social, 2015), que es su última actualización publicada.

2.4.2 Localización y delimitación política

El municipio de El Carmen de Bolívar, limita geográficamente, al norte con San Jacinto, al sur con Ovejas, Sucre, por el este con Zambrano y Córdoba, y por el oeste con los municipios sucreños de San Onofre, Chalán y Colosó. Tiene una extensión de 954 km², coordenadas altitud de 9,717, longitud de 75117 con 9°43'1" norte 75°7'1" oeste, este municipio posee una extensión de 13.500 Km² correspondiente a un 83,4% de su área total y el resto está circunscrita en el área rural con ponderado porcentual de 16,6%, que corresponde a una extensión de 33,354 Km² (p.18).

El municipio de El Carmen de Bolívar, posee una altitud de 197 metros sobre el nivel del mar. Tiene un clima tropical húmedo con temperaturas que oscilan entre 26° a 35°. El terreno es predominantemente ondulado y quebrado con alturas que oscilan entre 123 y 989 msnm dentro del sistema montañoso de los Montes de María o Serranía de San Jacinto.

Los Montes de María

El municipio del Carmen de Bolívar pertenece a la subregión del Caribe colombiano llamado los *Montes de María* ó *Serranía de San Jacinto* que comprende algunos municipios de los departamentos de Sucre y de Bolívar. Del primer departamento están los municipios de Ovejas, Los Palmitos, Morroa, Coloso, Chalán, Toluviejo, San Onofre, San Antonio de Palmito y del departamento de Bolívar están: El Carmen de Bolívar, San Juan Nepomuceno, El Guamo, Maria La Baja, Zambrano y Córdoba.

Mapa 5. Ubicación del municipio de El Carmen de Bolívar en el departamento de Bolívar.



Fuente: https://es.wikipedia.org/wiki/El_Carmen_de_Bol%C3%ADvar#/media/File:Colombia_-_Bol%C3%ADvar_-_El_Carmen_de_Bol%C3%ADvar.svg en línea, consultado en abril 20 de 2019.

2.4.3 Líneas de producción económica.

Adicional a los pocos empleos en oficinas del gobierno y de algunos bancos, según el Asís-Carmen de Bolívar del 2015, las actividades de producción predominantes son la ganadería extensiva y la agricultura sin tecnologías apropiadas; las actividades de extracción se refiere a la tala del bosque para la producción de madera y carbón, la extracción de materiales de arrastre de los arroyos, para construcción, que se conjugan con otras acciones antrópicas en el deterioro del medio ambiente, como la disposición inadecuada de residuos sólidos en las partes altas de las micro cuencas, que causan problemas de contaminación (p.19). Los principales alimentos que se producen y consumen son el aguacate (*Persea americana*), yuca (*Manihot esculenta*), ñame (*Dioscorea alata*), maíz (*Zea mays*) y ganado vacuno (*Bos indicus*).

Según una madre de familia entrevistada, las fuentes de ingreso de los carmeros están basados en:

En la agricultura, el aguacate, yuca, ñame, el maíz, los animalitos pa' la leche. Esa es la fuente más que todo, o comerciante independiente, pero empresa aquí que generen empleo no hay.

(Entrevista # 6 – MF3: 2018)

2.4.4 Aspectos socio demográficos.

Según la fuente Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas – DANE, la población total en el municipio de El Carmen de Bolívar para “el año 2015 se encuentra conformada por 75.151 habitantes. El 48% (36.355) de la población son mujeres y el restante 52% (38.796) son hombres. El municipio de El Carmen de Bolívar en el 2013 presenta densidad poblacional de 77 habitantes por kilómetro cuadrado” (p.22).

Según el Asís- Carmen de Bolívar (Ministerio de Salud y Protección social, 2015), la población está asentada en Carmen de Bolívar que es la cabecera municipal y en las poblaciones de Camaroncito, El Coco, La Zarza, Hondible, El Algodón y Lázaro y en los siguientes 12 corregimientos: Caracolí Grande, Hato Nuevo, El Raizal, Santa Lucía, Santo Domingo de Meza, Macayepos, San Isidro, Bajo Grande, El Hobo, El Salado, San Carlos y Jesús del Monte. A su vez en cada corregimiento encontramos las siguientes veredas y caseríos: Caracolí Grande: La Cansona, Ojo Seco, El Ojito, Camaroncito, El Coco, La Zarza, Hondible, El Algodón y Lázaro. Macayepos: Limón, Joján, Jojancito, La sierra, El Cielo, El Orejero, Venado, Berruga, Centro Alegre, Berruguita y El Aguacate. San Isidro: Guamanga, Mamón de María, Romualdo, Pasa Corriendo, Camarón, Caña Salada, Arroyo Lejo, Las Lajas y Las Lajitas. Bajo Grande: Santa Lucía, Raizal, La Pita, Pozo Oscuro, La Florida y Carocolicito. El Hobo: Guaimito, Mazingá, Turquía, Sabaneta y La Puente. El Salado: Jacinto, Tacaloa, El Varguero, Arenas del Sur, Mata Caballo, El Reforma, El Umbral y La Estrella. San Carlos: El Bajito, Buenavista, Tierra Grata, La Victoria, El Alférez, Guamito y El Sapo. Jesús del Monte: Hato Nuevo, Mandatú, El Bongal, Apure, Piedras Blancas, Las vacas, Motaperro, Calsoncito, El Bledo, Piedra Azul, La Cesta, El Ceibal, La Negra, San Martín, El Encanto, Rebulicio y Los Andes.

Mapa 6. División política administrativa y límites, El Carmen de Bolívar 2013



Fuente: Asis, - Carmen de Bolívar – 2013 (p.14)

2.4.5 Vías de acceso

Terrestres: Se llega a Cartagena de Indias, capital del departamento de Bolívar, sobre la carretera Troncal de Occidente que une al Municipio con la Costa Atlántica y el interior del País.

Fluviales: El Municipio de El Carmen de Bolívar tiene acceso al Río Magdalena a través de la carretera que del Carmen conduce al Municipio de Zambrano, según el ASIS – Carmen de Bolívar 2013 (p.17).

2.4.6 El Carmen de Bolívar, la ciudad capital de los Montes de María.

Según la página de turismo de la gobernación de Bolívar, disponible en línea, se encuentra la siguiente información referente a la historia de la fundación de El Carmen de Bolívar:

Fue fundada el 6 de agosto de 1776 por don Antonio de la Torre y Miranda, es considerado unos de los municipios más importante del departamento, tercera población y economía más

fuerte de Bolívar y capital de los Montes de María. En 1812 fue elevado a nivel de Villa Meritoria. Esta población histórica se convirtió en unos de los principales centros exportadores del país, hasta la primera mitad del siglo XX, de tabaco negro, aguacate, ñame y otros productos agrícolas. Conserva aún el Santuario Nuestra Señora del Carmen, donde cada 16 de julio llegan devotos a participar de la tradicional procesión por las principales calles. Tomado de <https://icultur.gov.co/wp/carmen-de-Bolívar/>, consultado en línea el 30 de abril del 2019.

Fotografía 4. Vía entrante a El Carmen de Bolívar.



Fuente: Hurtado, 2018, trabajo de campo.

2.4.7 Cohesión social, política y religiosa en el municipio de El Carmen de Bolívar

Los carmeros, que es el gentilicio de los naturales del Carmen de Bolívar, tienen una fuerte inclinación a las fiestas, tienen un espíritu alegre y musical. Entre tantos autores se destaca Lucho Bermúdez, músico y compositor, autor del porro “Carmen de Bolívar” y el tema “Colombia tierra querida” que es reconocido a nivel nacional y es la base musical de los partidos

de fútbol donde el equipo de la Selección Colombia participa. De acuerdo con el documento Zonas de Desarrollo Económico y Social (ZODES, 2005), en el cual está registrado *el Inventario Cultural ZODES Montes de María*, los géneros musicales predominantes son los de música popular, vallenatos, merengues, salsas y porros. Existen muchos grupos folclóricos que mantienen viva la llama del folclor y preservan los aires musicales autóctonos. Según el ZODES Montes de María 2005 (p.3), los grupos más sobresalientes son:

- Escuela de Música Monte Carmelo, de danza y música folclórica.
- Grupo Folclórico “Delia Zapata”, de danzas y música folclórica.
- Aires de los Montes de María, grupo de gaitas.
- Son de la Provincia, de música alegre y tropical.
- Cumba Galé, grupo de música folclórica y popular.

Fiestas

- 6 de enero Reyes Magos.
- 2 de febrero, Fiesta de la Virgen de la Candelaria.
- Del 4 al 8 de febrero tienen cuatro días de carnaval en honor al Rey Momo.
- En marzo o abril Semana Santa, dependiendo de la luna llena.
- Junio 27 y 28, San Pedro y San Pablo. Celebran también Festi María- un festival para resaltar la música del maestro Lucho Bermúdez.
- El 16 de julio celebran la fiesta de la Virgen del Carmen.
- 14 de septiembre, El Santo Cristo.

- 8 de diciembre, La Inmaculada Concepción.

Todas estas festividades integran a los pobladores de los Montes de María. Se disfruta de la fiesta con música, gastronomía, folclor y artesanías.

2.4.8 Artesanías

La artesanía juega un papel muy importante en la vida del municipio. Muchas familias, tradicionalmente han venido derivando el sustento diario del trabajo que realizan en fique, palma y materiales naturales. Además se trabaja la lana para hacer pellones, el cuero para realizar diversos trabajos como zapatos, abarcas, sillas y aperos de montar.

2.4.9 Alimentación

Debido a la fertilidad de sus suelos, los carmeros consumen lo que producen en ganadería bovina (*Bos indicus*), aves de corral (*Gallus gallusdomesticus*), bocachico (*Prochilodus magdalenae*), peces (*Piaractus brachypomus*), y productos agrícolas: aguacate (*Persea americana*), algodón (*Gossypium*), el café (*Coffea arabica*), la piña (*Ananas comosus*), el mamón ó mamoncito (*Melicoccus bijugatus*), toda clase de mango (*Mangifera indica*), ñame (*Dioscorea alata*) y yuca (*Manihot esculenta*).

2.4.10 Prácticas agrícolas

En general los carmeros refieren que tienen unos suelos fértiles y que no necesitan abonos como tampoco ninguna ayuda química externa para nutrir los suelos, pero en sus prácticas agrícolas usan los herbicidas para quitar la maleza después de las cosechas.

Un anciano de 82 años, habitante en la vereda Caracolí narró su historia como agricultor:

Aquí la tierra la cultivamos es con cavador cortada¹, porque son lomas y apropiadas no son para mecanizarlas, entonces desde que yo me levanté yo nací aquí y todavía estoy aquí, tengo 82 años y toda la vida desde que ya me hice hombrecito he estado en la agricultura, trabajando y ganándome el día y sembrando para comer y vender.

Cuando la luna es nueva no puede uno sembrar nada porque le hace efecto, la yuca se engüera, el ñame se daña se apolilla, el maíz se gorgojea después que ya está en mazorca. Uno tiene su cuidado de cogerla en el tiempo de la luna. Para sembrar [ñame] espino es en febrero y marzo. El [ñame] diamante que está ahora es mejorado, pero eso no lo hay casi. Está sembrado hay que esperar que produzca para uno seguir, pero esta región bota mucho ñame, uff eso es en cantidad, el año pasado para este tiempo lo vendían a 10.000 pesos y no lo compraban, porque había mucho y la abundancia... lo cogieron barato; este año al menos está a 40 mil pesos, pero ya es raro el que lo tiene todavía.

Autora: ¿Cuándo ustedes cultivan, qué abonos utilizan?

Agricultor: no, no. Estas tierras no necesitan mucha ayuda son muy frescas, no necesitan ayuda de abono y eso de química, esos fertilizantes eso no la necesita, la tierra son lo más de buenas.

Autora: ¿qué técnica usan para quitar la maleza?

¹Cavador cortada: es un instrumento usado como herramienta para arar la tierra. Es una especie de reja de arado fija en un eje muy fuerte. Tomado de Diccionario *de agricultura práctica y economía rural* en línea: <https://books.google.com.co/> consultada en enero 28 de 2019.

Agricultor: eso uno ahora lo fumiga con veneno, ahora hay gramafin². Hay de varios venenos, uno con bomba de espalda, uno llega y fumiga, ese monte se muere. Uno lo pone cuando muchos dos meses porque uno lo fumigó y cuando ya retoña el ñame está extendiendo, entonces uno lo limpia con machete.

(Caracolí: Entrevista #21, 2018)

2.4.11 Necesidades Básicas Insatisfechas en el municipio de El Carmen de Bolívar

El gobierno colombiano, en el mes de octubre de 1953 con decreto número 2666, creó el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) que concentra la información estadística de los diferentes aspectos sociales, económicos y ambientales de la población de Colombiana. Para evaluar la calidad de vida, el DANE ha diseñado una metodología que identifica las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) así “los grupos que no alcancen un umbral mínimo fijado, son clasificados como pobres. Los indicadores simples seleccionados, son: viviendas inadecuadas, viviendas con hacinamiento crítico, viviendas con servicios inadecuados, viviendas con alta dependencia económica y viviendas con niños en edad escolar que no asisten a la escuela” (DANE, 2019). Como se sabe, la calidad de vida incide en la calidad de la salud de las personas, por este motivo las NBI son tenidas en cuenta en los reportes de salud realizados en los ASIS. En el informe registrado en el ASIS-El Carmen de Bolívar del 2013 definen que “un

²Gramafin® SL es un herbicida no selectivo que actúa por contacto sobre las partes verdes de las plantas. No daña la corteza madura. No impide el retoño de malezas perennes. Se inactiva inmediatamente cuando entra en contacto con el suelo. Consultado en línea en enero 28 de 2019 en <https://www.invesa.com/agro/gramafin-sl>.

hogar se considera con NBI si presenta al menos una de las siguientes características: vivienda, servicios sanitarios, educación básica e ingreso mínimo” (p.112) esto es que si una de estas necesidades no está cubierta, entonces el índice de NBI será alto.

Para nuestro caso, el municipio de El Carmen de Bolívar, la proporción de población en NBI es del 93.45% este valor indica la situación precaria en la atención de sus necesidades. La proporción de población en miseria es del 54,36% y la proporción de población en hacinamiento es del 27% (p.112).

Estos indicadores señalan la necesidad de políticas que impulsen el desarrollo económico de la región como también la necesidad del suministro de servicios públicos.

En el Carmen de Bolívar en julio del 2018, observamos que estaban abriendo calles para instalar las redes de alcantarillado pues, aunque es la capital del municipio este servicio no está cubierto.

En la vereda Caracolí, a 20 minutos de la ciudad de El Carmen de Bolívar, que también la visité en esas mismas fechas, observé que no tienen servicio de acueducto, alcantarillado, electricidad ni redes de gas como se puede identificar en la siguiente entrevista realizada a un habitante de 82 años y que toda su vida la ha trascendido en ese lugar:

Autora: ¿tienen acueducto veredal?

A1: No. Pozo de agua estancada

Autora: ¿aljibes?

A1: No. Covado [sinónimo de cavar], así de las quebradas donde encoge agua y se aguanta [se sostiene], pero pozo así no lo hay aquí, aquí estaban haciendo un acueducto y la plata se

perdió, se la robaron y no vinieron más y se ¡perdió la plata, mucha plata! Uno sufre mucho por aquí es por el agua. El acueducto del Carmen está funcionando bien, de allá viene el carro tanque para acá, la traen para acá pero es vendida.

Autora: ¿aquí tienen que comprar el agua del carro tanque?

A1: si, si de los carros tanque

Autora: ¿y cuánto cuesta el agua?

A1: cuesta como \$150.000 el carro. Entonces la dan a 500 pesos, aquí comprábamos.

Autora: 500 pesos, ¿qué cantidades de agua?

A1: ese, los canecos, esos blancos [10 galones]. Cualquiera la almacena y ahí va uno a comprar.

Autora: ¿hasta ahora es así?

A1: Si. Ahora porque ya uno que tiene la casita de zinc de a poquito; vea aquí dos tanques grandes de esos de 2000 litros están llenos y uno no padece del agua, pero aquí el yerno mío la traía todo los días 7 - 8 canecos traía para diario. Cuando llueve uno coge el poquito de agua, ya por ese lado descansa uno más.

(Caracolí: Entrevista #21,2018)

Sobre el servicio de electricidad.

Autora: ¿Tienen electricidad? o usan un combustible para cocinar.

A1: hay muchos que tienen los cilindros [de gas para] estufa pero la mayoría de por aquí es pura leña, así cocinamos aquí pero allá adentro está el cilindro y así hay varios pero la

mayoría cocinamos con pura leña y esta costosa la leña también, porque es que no la hay, lo que hay son montecitos que no queda ni leña ni palito delgado .

Autora: ¿el gas es costoso también?

A1: el gas es caro, está valiendo casi \$60.000 el cilindro \$62.000 me parece que vale ya.

Autora: y ¿para cuánto tiempo alcanza?

A1: según, aquí ala hija mía le alcanza dos meses, nada más para el arroz y hacer la comidita de la niña aparte, siempre dura dos meses o mes y medio cuando le toca cocinar más y así.

(Caracolí: Entrevista #21,2018)

Proyectos de desarrollo económico para el Carmen de Bolívar.

De acuerdo a conversaciones con los habitantes, ellos expresan que los programas del gobierno para satisfacer las NBI no han llegado plenamente a la comunidad debido a la corrupción y aunque han hecho protestas y manifestaciones no han conseguido satisfacerlas. Por esto se han unido esfuerzos para solicitar al gobierno su presencia mediante la instalación de los servicios públicos como el acueducto, alcantarillado, electricidad y redes de gas. En el Capítulo IV del presente trabajo miraremos si esas fuerzas fueron direccionadas hacia otro objetivo o si han continuado en la misma búsqueda.

2.4.12 Relaciones sociales en Carmen de Bolívar

En el año 2015 su población estaba conformada por 75.151 habitantes. Con tantas actividades de cohesión social como las fiestas antes mencionadas, en general la población ha tenido buenas relaciones sociales además ha sido dirigida por la presencia del gobierno de manera muy cercana pues tienen la Alcaldía y los demás entes locales.

En el marco de la implementación del programa ampliado de Inmunización (PAI) de la vacunación masiva y obligatoria, atendiendo la ley 1626 del 30 de abril del 2013 llevada a cabo en la población femenina escolarizada y con edades comprendidas entre los 9 y 14 años en el municipio de El Carmen de Bolívar, observé la manera como llevan sus relaciones sociales.

El impacto de esa jornada de vacunación hizo que la comunidad se organizara por grupos de padres de familia afectados, con lo cual este hecho los unió más:

Nosotros programamos reuniones, no fue ni una ni dos reuniones; porque eso sí han tenido acá los grupos, que los lideres hacemos reuniones. Llamamos al gobernador y manda al secretario, y en la alcaldía del Carmen de Bolívar es peor porque ni él va, es que ¡no manda a nadie, no mandan a nadie!, va usted siempre a ver que la policía es la que más o menos usted ve. Es que al gobernador nunca le ha interesado [el problema].

(Carmen de B: Entrevista #7,2018)

Cuando una persona, del Carmen de Bolívar, se refiere a la situación de la salud de su hija no habla en singular pues siempre habla en colectivo:

Queremos que nos escuchen, que lo vean, somos familias, somos humildes, somos pobres. No buscamos dinero, no buscamos riqueza. Buscamos simplemente la salud de ellas, no buscamos salud para nosotras, buscamos la salud de ellas.

(Carmen de B: Entrevista #16,2018)

Relaciones familiares

En El Carmen de Bolívar aún creen en la institución de la familia como el lugar donde se construyen lazos de vida, amor, convivencia y desarrollo personal de cada uno de sus individuos.

Cuando se refieren a la familia no lo hacen solo a su familia nuclear como ego referente, sino a sus líneas generacionales ascendentes y descendentes, esto es que incluyen a abuelos, padres, tíos, hermanos, hijos, en general a todos sus consanguíneos.

Mis hermanos que me colaboraron, me han colaborado mucho también con mis hijas, en apoyarme si es una medicina o esto y lo otro, porque ayuda por otro lado no tenemos, yo no puedo decir me están dando con tal cosa y tal otra, porque no, no me la están dando, no tenemos ayuda por ninguna parte, con ningún lado de nada, del gobierno nada, no tenemos nada del gobierno.

(Carmen de B: Entrevista #20,2018)

Las familias han sido de apoyo integral atendiendo aspectos morales y económicos que apalancan a sus familiares afectados:

Yo vendí lo que pude, gracias a Dios que yo contaba con mi familia. Como la EPS Mutual nos daba los viáticos, pero mi familia me colaboró bastante.

Yo tenía unos cerdos, yo vendí mis cerdos, las gallinas, todas esas cositas fui saliendo ahí para poder llevar mis hijas [al médico], porque nos daban los transportes, pero los taxis nunca, para eso no nos dieron nada. Después compré otros cerdos, mi tía me ayudó, me puso a trabajar en el negocio y así, y ahí tengo a mis hijas, ellas están estudiando.

(Carmen de B: Entrevista #14,2018)

No obstante se presentan problemas de convivencia que sin ser agresiones ellos la catalogan como “normal”, esto es que tienen una relación pacífica. También se han observado familias que sus padres siguen su vida de forma separada.

2.4.13 Relaciones sociales con otras instituciones

En el contexto de la afectación de la salud de las niñas después de las jornadas de vacunación contra el VPH, en el municipio del Carmen de Bolívar se han fortalecido las relaciones entre las instituciones educativas, la familia y las instituciones religiosas, esto se puede ver en la siguiente entrevista a un docente (D) de una institución educativa rural:

Autora: ¿Cómo son las relaciones entre el colegio y las familias de los estudiantes?

Docente: Nunca hemos tenido diferencias ni discordias a causa de eso porque ellos ven que nosotros siempre hemos brindado lo mejor de nosotros para atender a las niñas en un momento de crisis. Tenemos directorio de las mamás, inmediatamente suceda algo relacionado con la niña, nosotros las llamamos, las mantenemos en contacto y ellas llegan.

Autora: ¿Cómo son las relaciones con las instituciones religiosas?

Docente: Nosotros a raíz de las crisis que hemos tenido, aquí estuvimos con buena sinergia con las iglesias, en tanto con la iglesia adventista tanto como la iglesia pentecostal. Nosotros aquí hicimos un evento a raíz de eso nos reunimos las iglesias de aquí e hicimos un acto, como una semana, de actividades cristianas con ese propósito hicimos un gran evento en la cancha donde participaron las diferentes iglesias a favor de las sanidades de las niñas. Tenemos las iglesias: pentecostal, iglesia adventista, iglesia trinitaria.

(Carmen de B: Entrevista #10,2018)

2.4.14 La huella del conflicto armado en El Carmen de Bolívar.

En gran parte del territorio colombiano el conflicto armado entre grupos de extrema izquierda llamados guerrilleros se han confrontado con las fuerzas armadas del gobierno y contra los grupos de extrema derecha o paramilitares, en los Montes de María dejaron una huella muy

marcada. El Carmen de Bolívar es uno de los municipios de los Montes de María y ahí también sucedieron hechos de violación de los Derechos Humanos, del Derecho Internacional Humanitario, de los derechos constitucionales y contra la dignidad humana en eventos perpetrados como masacres, asesinatos, tortura, violaciones sexuales, despojo de tierras, violencia simbólica, tomas guerrilleras y paramilitares, extorsiones, falsos positivos, reclutamiento, secuestros, enfrentamientos militares, entre otros. Según el Centro Nacional de Memoria Histórica (2019), que es la entidad del gobierno colombiano que registra los hitos del conflicto armado, en el municipio de El Carmen de Bolívar sucedieron masacres en los siguientes lugares: El Salado en marzo de 1997 y en febrero del año 2000; Hato Nuevo en abril del año 2000 y Macayepo en octubre del año 2000.

Objeto de esas violencias perpetradas en la región, sucedieron desplazamientos de familias a otros lugares del territorio, especialmente al casco urbano del Carmen de Bolívar. El desplazarse de sus tierras y hacer una movilidad forzada hacia otros lugares suponen una desterritorialización, lo cual conlleva a despojarse de su territorio que hace parte de su identidad personal y comunitaria. El registro sanitario ASIS, indica la cantidad de personas que han sufrido ese evento en el municipio de El Carmen de Bolívar:

De manera convencional, los organismos internacionales designan migración forzada como aquella movilidad humana ocasionada por anomalía o conflictos ajenos a la dinámica de acumulación de capital, es el caso de la violencia desatada por conflictos políticos, étnicos, religiosos o comunitarios la violencia generada por las guerras, guerrillas y narcotráfico. Para el municipio de El Carmen de Bolívar se presenta una frecuencia absoluta de 26.362 individuos en condición de desplazamiento forzado (ASIS- Carmen de Bolívar- 2013, p.27)

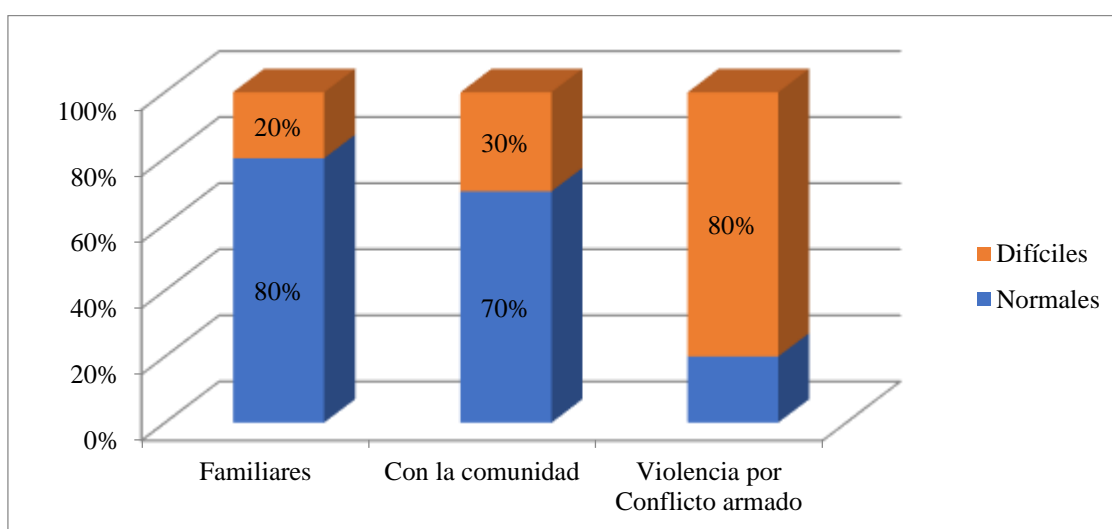
Una de las consecuencias del paso de la violencia por un territorio es la interrupción de las actividades comunitarias en procesos de desarrollo o de atención de sus necesidades básicas elevando los índices de pobreza y el despojo de tierras; pues cuando regresan los propietarios a sus territorios estos tienen otros dueños:

Cuando regresamos ya estaban otros dueños. Estaba vendida. Si, cuando volvimos nosotros ya estaban unos cachacos en la parcela. Según ellos la compraron, pero ¿a quién le compraron?..... ¡Nosotros tenemos las siete plagas!

(Carmen de B: Entrevista #7, 2018).

En la siguiente figura se resume la manera como se llevan las relaciones sociales en el municipio de El Carmen de Bolívar, circunscrito en las personas con quienes tuvo una comunicación personal.

Figura 3. Relaciones sociales en El Carmen de Bolívar



Fuente propia (2019) con datos obtenidos a partir de 23 entrevistas a padres de familia de niñas inmunizadas contra VPH.

En la figura, relaciones sociales en Carmen de Bolívar, se indican cómo son las relaciones sociales en Carmen de Bolívar, de acuerdo a dos categorías: normales o difíciles. Según los criterios de la comunidad, son normales cuando no hay presencia de agresiones físicas, verbales o psicológicas, tolerables; pero cuando se tornan intolerables entonces son difíciles.

En la columna que indica las relaciones familiares se ilustra que el 80% son normales o de convivencia tolerable y un 20% son difíciles debido a problemas económicos y de mala convivencia con la pareja.

En la columna que muestra las relaciones de la familia con la comunidad se indica que el 70% son normales o de buena convivencia pero el 30% son relaciones problemáticas debido a que en ocasiones se presentan conflictos entre los líderes que encabezan los grupos de padres de familia afectados por la vacunación contra el VPH; más que todo son conflictos por beneficios parciales sobre la atención de la salud de las niñas afectadas.

Finalmente en la columna que muestra la violencia por conflicto armado, las personas entrevistadas indicaron que hubo presencia de grupos subversivos, guerrillas y paramilitares pero afectaron directa o indirectamente al 80% de la población adulta y solo un 20% de la población no ha sido afectada. Por ejemplo, la población joven no ha tenido afectación directa pero sus padres sí.

Hasta aquí he presentado una caracterización sociodemográfica y etnográfica de los dos lugares tipo, Descanse y Carmen de Bolívar, que constituyen el contexto en que se realiza esta investigación. En estos lugares, al igual como en el resto del territorio colombiano, llegaron las jornadas de vacunación anti VPH en cumplimiento a los planes de la salud pública implementada por el gobierno para prevenir el cáncer de cuello (cacu) uterino y otros causados por el mismo.

Un poco de historia sobre el descubrimiento de la relación del VPH y el cacu.

El cáncer de cuello uterino ha sido una de las enfermedades que se ha llevado la vida de muchas mujeres a lo largo de la historia, por esto muchos investigadores han dirigido su objeto de estudio a buscar su etiología. Corrían los años 60 y la comunidad médica sospechaba que este cáncer lo causaba alguno de los tipos del virus del herpes. La historia registró la investigación de dos científicos que encontraron la causa del cáncer de cuello uterino, se trata de la Doctora Nubia Muñoz, Colombiana, y Doctor Harald Zur Hausen, Alemán. En el diario El Espectador (Redacción Vivir, 2018) se encuentra la historia de los dos científicos y el VPH:

Zur Hausen y sus colegas lograron desarrollar la técnica con la que se identificaron las pistas que el virus [VPH] dejaba en las células: fragmentos de su ADN escondidos en el material genético. Muñoz y su mano derecha, el Español Xavier Bosch pusieron en marcha los estudios epidemiológicos para demostrar la nueva hipótesis: que el VPH era más habitual en células de cáncer de cuello de útero que en las de tejido sano. Estos se llevaron a cabo en España y en Colombia. Fruto de aquel primer estudio -publicado en International Journal of Cancer-, que comparó la presencia del VPH en 500 mujeres con cáncer de cuello de útero y 500 sanas, llevó a la conclusión clara de que el patógeno era la causa principal de ese tipo de tumor.

Las investigaciones de Nubia Muñoz han sido clave para que dos empresas farmacéuticas desarrollaran la vacuna contra el virus del papiloma humano (Redacción Vivir, 2018).

En el año 2008 la Doctora Muñoz y el Doctor Zur Hausen fueron propuestos como candidatos al Premio Nobel de Medicina, pero solamente podían galardonar a uno de ellos y no fue a la Doctora Muñoz.

A continuación, en el capítulo III, se hace una revisión general a lo que es el VPH y la vacuna que lo previene la cual fue introducida en Colombia mediante una política pública de salud.

3. Capítulo III. Virus del Papiloma Humano VPH y Vacuna anti VPH

En este capítulo explico en qué consiste el Virus del Papiloma Humano (VPH) por sus siglas en español ó Human Papillomavirus (HPV) por sus siglas en inglés y la vacuna anti VPH. Es importante conocer esta temática ya que marca profundamente el sentido de esta investigación.

A partir de la biología se define lo que es el VPH, son virus ADN pertenecientes a la familia de los Papillomaviridae. La mayoría de tipos de VPH pueden causar verrugas, condilomas o papilomas (de ahí el nombre); mientras otros pueden generar infecciones no detectables, que pueden dar lugar a cáncer en órganos reproductivos, algunos conocidos son, cáncer cervical, cáncer de vulva, vagina, ano y pene; como también cáncer de boca, lengua y garganta. Para definir sus características biológicas he tomado el documento escrito por el Instituto Nacional de Salud (INS):

El Virus del Papiloma Humano (VPH) es un virus de tamaño pequeño, no encapsulado, con una estructura icosaédrica y un ADN circular de doble cadena de aproximadamente 8 Kb. Este virus pertenece a la familia de los Papillomaviridae, y están agrupados en 5 géneros diferentes denominados: alfa-papillomavirus, beta-papillomavirus, gamma-papillomavirus, Mu-papillomavirus y Nu-papillomavirus. (INS, 2012, p7).

Fotografía 5. Virus de Papiloma Humano

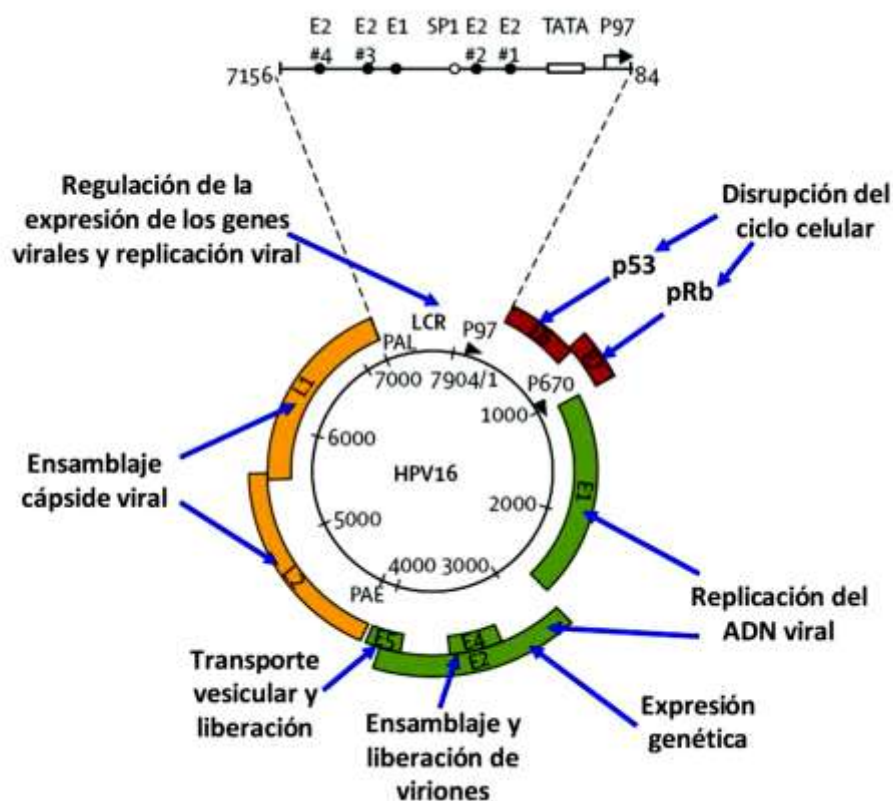


Fuente: <http://www.puntovital.cl/sexo/sano/papiloma.htm>, en línea, recuperado en noviembre 24 de 2017.

Para comprender su poder oncogénico, es decir la capacidad de producir tumor o cáncer en la célula que infecta, miraremos las cuatro regiones de su genoma en la figura 5. Las cuatro regiones son:

1. La conformada por los genes E1 y E2, que regulan la replicación y la transcripción viral.
2. La región constituida por los genes E5, E6 y E7, que codifican proteínas con alto poder oncogénico.
3. La región LCR o Long Control Región, en donde se localizan las secuencias de ADN que contienen los promotores.
4. Sitios de iniciación de replicación del genoma.

Figura 4. Las cuatro regiones del genoma del VPH.



Fuente: Tomada de INS (2012, p.8)

Los VPH se transmiten por contacto cutáneo o entre mucosas. Se han identificado alrededor de 200 tipos diferentes de VPH, la mayoría de los cuales no causan ningún síntoma, aunque sólo unos 80 han sido completamente caracterizados, de los cuales alrededor de 40 infectan las mucosas, en particular del tracto anogenital y orofaríngeo. Según Forcades (2012), médica y doctora en salud pública, explica que nuestro sistema inmunológico detecta la proteína que recubre el ADN del virus y lo combate.

Los estudios epidemiológicos de prevalencia global, demostraron que estos tipos de VPH pueden subdividirse en dos grupos sobre la base de su potencial oncogénico es decir cancerígeno.

3.1 Clasificación de los tipos de VPH

Los tipos son designados por números y los subtipos con letras, siguiendo un orden cronológico con respecto a su descubrimiento (VPH tipo 1, VPH tipo 2, etc.). Las diferencias entre los tipos de VPH vienen marcadas por la proteína L1 (proteína estructural del virus que posee además efecto antigénico). Son las características de esta proteína las que hacen que el virus pueda ser clasificado como de «bajo riesgo» o «alto riesgo» y por ello su genotipo específico es el que se usa para poder clasificar a estos virus.

Los VPH de bajo riesgo (principalmente, VPH 6, 11, 40, 42, 43, 44 y 61), comúnmente presentes en las lesiones benignas (condilomas - verrugas genitales y neoplasias intra epiteliales de bajo grado), con mínimo riesgo de progresión a lesiones de alto grado.

Los VPH de alto riesgo (VPH 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82) los cuales bajo la forma de infección persistente pueden conducir al cáncer. Entre éstos los dos tipos más comúnmente asociados con Cáncer de Cuello Uterino (CCU) son los genotipos 16 y 18. (INS, 2012, p.8).

En la tabla 1 se resume la información sobre los tipos de VPH con las enfermedades asociadas a ellos. Esta información es importante para comprender la literatura de las vacunas desarrolladas contra el VPH de las cuales hablaremos más adelante.

Tabla 1. Tipos de VPH y enfermedades asociadas.

Riesgo	Tipos de VPH	Enfermedades asociadas
Bajo riesgo	6, 11, 40, 42, 43, 44 y 61	Verrugas genitales, es altamente contagiosa.
Alto riesgo	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51 52, 56, 58, 59, 68, 73 y 82	Cáncer de: cuello uterino, vagina, vulva, pene, ano, boca lengua y garganta.

Fuente propia, a partir de datos de INS, 2012.

El VPH no mata, él contribuye a la generación de células pre-cancerígenas en el cérvix y en los tejidos de mucosas donde es expuesto, por ejemplo en la región genital femenina, vulva, vagina, cuello uterino y en la región genital masculina como en el pene. En otras mucosas como en el ano, boca, lengua y garganta. Es un factor de morbilidad, más no de mortalidad. No obstante a nivel mundial los responsables de salud pública han reportado altas tasas de mortalidad femenina causadas por el cáncer de cuello uterino.

Reyes-Gómez (2010) y su equipo de investigadores argumentan que el cáncer cervical es causado por el Virus del Papiloma Humano (VPH) que se manifiesta en muchos tipos; según una entrevista realizada al Dr. Eduardo Lazcano Ponce, Director Adjunto del Centro de Investigación de Salud Poblacional del INSP de México, “advirtió que de los más de 200 tipos de virus de

papiloma humano que se conocen, sólo 30 afectan el tracto genital femenino, y de estos, 15 han sido identificados con poder oncogénico” (INSP, 2015), éste panorama ha motivado a la comunidad científica a investigar sobre la creación de la vacuna contra los VPH, quienes han decidido que “la población diana ideal de los programas de vacunación contra las VPH deberán ser las niñas y quizás niños antes del inicio de sus primeras relaciones sexuales (a partir de los 10 años) Lo cual sería la mejor estrategia a futuro” (Reyes-Gómez, et al., 2010, p.54).

3.2 Mecanismos de prevención

En la literatura médica se encuentran los siguientes mecanismos para prevenir la infección por VPH: educación en sexualidad responsable, tamizaje ginecológico, el auto cuidado de la salud y buenas prácticas saludables, y finalmente, la vacuna anti VPH.

3.2.1 Educación en sexualidad responsable

Esta es una enfermedad social, que preocupa a los funcionarios que implementan las políticas de salud pública, causada por un virus que se transmite principalmente por actividad sexual. Es la infección de transmisión sexual más común al practicar relaciones sexuales orales, vaginales o anales con un portador del VPH. El cáncer de cuello uterino y los otros cánceres causados por el VPH son enfermedades sociales porque se deben a comportamientos sociales de la vivencia de un tipo de sexualidad no responsable; por esto este virus tiene su hábitat de proliferación en la población joven en edades reproductivas. Es un virus silencioso, no es fácilmente perceptible, por eso hombres y mujeres pueden ser portadores sin saberlo; es posible que presente los síntomas muchos años después de tener relaciones sexuales con una persona infectada, lo que dificulta saber cuándo se infectó por primera vez. Por lo tanto, hay que evitar los factores de riesgo, entre ellos la promiscuidad sexual, el continuo cambio de pareja sexual, entre otros; por esto una buena decisión es tener una relación mutuamente monógama. La educación en la

sexualidad responsable se debe iniciar en casa, en la familia, desde la infancia es el momento adecuado para que los padres orienten en sus hijos los aspectos fundamentales que afectarán a la vida y futuro de sus hijos, realizando una verdadera educación en la sexualidad. En el que hacer médico cuando un paciente busca información sobre las ETS realizan “una consejería comportamental para todos los adolescentes sexualmente activos, para los adultos se recomienda evaluar la presencia de comportamientos sexuales de riesgo cuando la o el paciente acuda a consultar por síntomas de infección del tracto genital” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013, p.11).

Los jóvenes tienen en sus manos un arma poderosa para prevenir la propagación de esta infección y es su decisión por vivir una sexualidad responsable consigo mismo y con su pareja sexual. Aunque es la mujer la que en su mayor parte padecerá el cáncer, es ocasión para resaltar la responsabilidad de los varones, pues son ellos los que pueden transmitir el virus al ser portadores pasivos sin enterarse de ello. Es muy importante que hombres y mujeres busquen capacitación en educación sexual responsable.

El Ministerio de Salud y Protección Social (sin año) de Colombia, en el documento *guía de atención de las enfermedades de Transmisión Sexual (ETS)*, sugiere que no es suficiente con suministrar información sino que es importante diseñar actividades orientadas a intervenir comportamientos:

Facilitar el auto identificación de la vulnerabilidad a adquirir ETS.

Reducir la tasa de cambio de pareja sexual.

Promover la selección de una pareja sexual segura - fidelidad mutua entre no infectados.

Promover el sexo sin alcohol u otras sustancias psicoactivas.

Usar teorías de aprendizaje social como base para el desarrollo de programas, estos programas deben ir más allá del nivel cognoscitivo, deben reconocer las influencias sociales, cambios en los valores individuales, cambios en las normas de que rigen grupos y construcción de habilidades sociales.

Las actividades de educación para la prevención deben realizarse por lo menos una vez al año (p.9).

Una de las prácticas importantes de la buena salud en el cuerpo social es la prevención, pues ella es preferible al tratamiento, en este caso mediante la información, educación y la intervención de comportamientos.

3.2.2 Tamizaje ginecológico

La palabra tamizaje significa búsqueda o exploración, para nuestro caso la prueba de tamizaje para la prevención del cáncer cervicouterino es la citología vaginal o prueba de Papanicolau, según la explicación de Forcades (2012) esta prueba consiste en que “se recoge una muestra de células por descamación del cuello de útero y las paredes vaginales”, este frotis es llevado al laboratorio donde exploran si hay presencia de células malignas o cancerígenas después de haber sido infectadas por el VPH. Forcades (2012) afirma que se “puede tardar de 20 a 40 años en aparecer el cáncer después de haber tenido la infección” con lo cual hay un periodo de tiempo en el que se puede detectar la infección “esto es lo que se llama lesión precancerosa” (Forcades, 2012) que detectada a tiempo se puede tratar y prevenir el cáncer de cuello uterino, pues “en ningún caso si se hace un seguimiento de Papanicolau con citología correcta debería de haber ningún caso de muerte por cáncer de útero” (Forcades, 2012).

Dentro de la responsabilidad por el autocuidado de la salud, toda mujer sexualmente activa debe hacerse la citología vaginal al menos una vez al año o la frecuencia que su ginecólogo le

indique. El Estado por su parte debería facilitar el acceso, a la citología vaginal, para que su población femenina rural pueda tomársela.

En el departamento del Cauca, aún tenemos unas tasas altas de infecciones por VPH y de mortalidad debida al cáncer de cuello cervico-uterino, las causas para esta situación fueron expresadas por la científica, Phd en genética humana, que ha participado en programas de prevención:

En el Cauca hay una alta frecuencia de infecciones por el VPH, y también porque hay diferentes conductas sexuales. Hay diferentes barreras de prevención como es la citología pero estamos todavía en una comunidad en la cual la mujer por esas barreras psicológicas, sociales y de más, no asiste al médico a tomarse la citología, entonces de ahí que haya una alta frecuencia de lesiones en el cáncer del cuello del útero por esta infección del virus del papiloma humano. Todo redunda en estrategias de comunicación, de sensibilización y de educación, porque en pleno siglo que estamos nosotros no está bien visto que tengamos tantos casos de cáncer en nuestro departamento. Cauca tiene la primera causa de muerte por cáncer, es cáncer de cuello uterino, entonces hay una alta frecuencia de mujeres que fallecen en nuestro departamento; pero es una enfermedad que es prevenible, ¿por qué falla?, gran porcentaje es por la educación, la sensibilización y también por la falta de compromiso de detección temprana, porque para que se desarrolle el cáncer, debe de haber pasado entre 10 a 15 años, entonces tenemos una ventana de tiempo que debimos haber hecho algo y todo redunda en eso, estrategias de detección temprana y educación, básicamente.

(Popayán: Entrevista C1, 2019).

Dentro de las pruebas para tamizaje tenemos adicionalmente a la prueba Papanicolau, la citología líquida y la prueba de biología molecular para detectar si se tiene o no el virus del papiloma humano.

3.2.3 El autocuidado de la salud y buenas prácticas saludables

Fortalecer la salud con una alimentación adecuada y balanceada unida al ejercicio físico y una buena actitud ante la vida unida a la ausencia de tabaco, drogas y alcohol, hacen que nuestro organismo tenga las defensas adecuadas para protegerse y aniquilar la presencia del VPH y de cualquier otro ataque contra su sistema. La Organización Mundial de la salud (en línea) dice que “... aunque la mayoría de las infecciones por PVH desaparecen por sí mismas y la mayoría de las lesiones precancerosas se resuelven de forma espontánea, todas las mujeres corren el riesgo de que las infecciones por PVH se cronifiquen y las lesiones precancerosas evolucionen hacia el CCU invasivo” de aquí se deriva la importancia de fortalecer el sistema inmunológico de nuestro cuerpo con las prácticas anteriormente sugeridas así el 77% de las infecciones desaparecen en 1 año y el 90% en 2 años.

3.2.4 Vacuna contra el VPH

La definición de vacuna dada por la Organización Mundial de la Salud (en línea) es la siguiente:

Se entiende por vacuna cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. Puede tratarse, por ejemplo, de una suspensión de microorganismos muertos o atenuados, o de productos o derivados de microorganismos. El método más habitual para administrar las vacunas es la inyección, aunque algunas se administran con un vaporizador nasal u oral.

La vacuna contra el VPH se elaboró gracias al trabajo realizado, principalmente por dos equipos de investigación; por una parte la Doctora Nubia Muñoz y por otra el Doctor Harald Zur Hausen, médico alemán, quien descubrió la relación entre el Virus del Papiloma Humano y este tipo de cáncer; evidencia que contribuyó al desarrollo de la vacuna contra el VPH. Esto le mereció el premio nobel de medicina en el año 2008.

El equipo de Reyes-Gómez, et al. (2010), explica la manera como se elabora biológicamente la vacuna contra el VPH y dice que:

La mayoría de vacunas antivirales se basan en el uso de viriones para inducir anticuerpos-antiviriones, es difícil producir cantidades suficientes de viriones VPH en cultivos celulares para inducir una respuesta adecuada en el huésped, además como los viriones VPH contienen ADN oncogénico, el uso de viriones VPH atenuados ha sido concebido como una estrategia de demasiado riesgo para el desarrollo de una vacuna VPH (Reyes-Gómez, et al., 2010, p.54).

Tipos de vacunas contra el VPH

En la literatura médica se encuentran tres nombres de vacunas o biológicos para prevenir infecciones causadas por VPH's:

1. Biológico Cervarix®, es una vacuna bivalente creada para combatir dos genotipos oncogénicos, de alto riesgo, 16 y 18.
2. Biológico Gardasil®, vacuna tetravalente porque combate cuatro tipos de Vphs, dos de bajo riesgo 6 y 11 y dos de alto riesgo 16 y 18.
3. Biológico Gardasil®, vacuna nonavalente creada para proteger contra nueve serotipos de VPHs, dos de bajo riesgo 6 y 11 y siete de alto riesgo 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58.

En la tabla 2, se puede apreciar los tipos de VPHs y los biológicos, o vacunas, que los combaten. Estas vacunas han sido aprobadas por la Food and Drug Administration (FDA) Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos. En Colombia, el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) tiene registradas dos vacunas Gardasil®, así para la vacuna tetravalente su registro sanitario es: INVIMA 2006M-0006714 y para la nonavalente su registro es INVIMA 2017M-0017725. En la consulta realizada en la página oficial del INVIMA indica el estado de registro; el cual muestra que la renovación del registro INVIMA de la vacuna Gardasil® tetravalente está en trámite.

Tabla 2. Tipos de VPH y biológicos que los combaten.

Vacuna	Tipos de VPH	Cantidad de tipos
Cervarix®	16 y 18	Vacuna Bivalente (2 tipos)
Gardasil®	6,11,16 y18	Vacuna Tetravalente (4 tipos)
Gardasil®	6,11,16,18,31, 33, 45, 52 y 58	Vacuna Nonavalente (9 tipos)

Fuente propia 2019.

En Colombia, el Plan Ampliado de Inmunización incluyó la vacuna Gardasil® tetravalente para ser administrada en Colombia. El MSPS, en los lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el VPH, hace la siguiente presentación: “Vial monodosis de 0,5 ml. Se presenta como una suspensión blanca turbia, que al estar almacenada, puede observarse un depósito blanco y fino, con un sobrenadante incoloro y transparente. Esto no constituye un signo de deterioro” (INS, 2012, p.17).

Fotografía 6. Vacuna tetravalente Gardasil®



Fuente: INS, 2012, p.17

Información de la vacuna tetravalente

El MSPS, difundió la información de la vacuna recombinante tetravalente contra el Virus del Papiloma Humano - VPH (Tipos 6, 11, 16 y 18). Es recombinante porque para cada cepa, se aísla una sola proteína viral; cuando se manifiestan estas proteínas, se generan partículas parecidas a un virus (VLPs: Virus-likeparticles) mismas que se obtienen, por ingeniería genética, de proteínas estructurales del VPH; las VLP no contienen material genético de los virus, y no pueden provocar enfermedades, pero impulsan una respuesta inmunológica que brinda protección en el futuro contra el VPH. Es tetravalente porque contiene cuatro VLPs: 6, 11, 16 y 18.

El INS (2012), en el *manual de lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el VPH*, en Colombia, se instruye a las personas encargadas de la implementación de las jornadas de inmunización contra el VPH, con la siguiente información:

Composición. 1 dosis (0,5 ml) contiene aproximadamente:

Proteína L1 VPH Tipo 6, 20 microgramos

Proteína L1 VPH Tipo 11, 40 microgramos

Proteína L1 VPH Tipo 16, 40 microgramos

Proteína L1 VPH Tipo 18, 20 microgramos

Ingredientes inactivos:

- Aluminio (en forma de adyuvante sulfato hidroxifosfato de aluminio a) 225 mcg
- Cloruro de sodio 9.56 mg.
- L-histidina 0.78 mg.
- Polisorbato 80 50 mcg
- Borato de sodio 35 mcg
- Agua para inyección c.s.

El producto no contiene preservante ni antibiótico.

(INS, 2012, p. 19)

En este mismo manual el INS indica los protocolos a seguir:

Almacenamiento: Conservar en refrigeración (de +2 a +8°C). No congelar. Conservar en el envase original, a fin de proteger el producto de la luz.

Contraindicaciones: Hipersensibilidad a los principios activos o a cualquiera de los excipientes. Anafilaxia a dosis previas de vacunas contra el VPH.

Advertencias y precauciones: No se debe administrar en menores de nueve años de edad. En ningún caso deberá administrarse por vía intramuscular o intradérmica.

La vacunación en adolescentes puede desencadenar síncope, algunas veces asociado con desmayo, por lo que se recomienda que después de la aplicación de la vacuna se observe la niña aproximadamente durante 15 minutos y se mantenga en posición sentada, como se recomendó previamente.

La administración de la vacuna deberá posponerse en las niñas que padecen una afección febril grave y aguda. Sin embargo, la presencia de una infección menor, por ejemplo un resfriado, no debe ser un motivo para aplazar la aplicación de la vacuna.

Esta vacuna deberá administrarse con precaución en niñas con trombocitopenia o algún trastorno de la coagulación, debido a que puede presentar hemorragia después de la administración intramuscular.

Debe evitarse la vacunación contra el VPH durante la gestación. Sin embargo, no se han observado efectos adversos asociados a la vacuna en la madre o hijos, luego de recibir la vacuna inadvertidamente durante el embarazo. En caso de gestación posterior al inicio del esquema, se debe postergar la aplicación de las próximas dosis, hasta el término del embarazo; la vacuna puede ser administrada durante el periodo de lactancia.

No se ha evaluado la inmunogenicidad, seguridad y eficacia de la vacuna en personas infectadas por el Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH. (INS, 2012, p.23).

Efectos adversos

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia ha clasificado las reacciones adversas, que se consideran posiblemente relacionadas con la vacunación contra el VPH, por su

frecuencia, como se ilustra en la tabla 3. Las frecuencias notificadas son las siguientes: muy frecuentes ($>1/10$), frecuentes ($1/10 - 100$), poco frecuentes ($1/100 - 1.000$), raras ($1/1.000 - 10.000$) y muy raras ($>1/10.000$).

Los eventos más frecuentemente reportados son: dolor local, dolor de cabeza, dolores musculares (mialgias) y fatiga, según la información publicada por el MSPS de Colombia que se muestran en la tabla 3.

Tabla 3. Efectos adversos esperados posteriores a la aplicación de vacuna tetravalente contra el VPH.

Clasificación	Frecuencia	Eventos	Ocurrencia	Tiempo esperado de aparición	Duración
Leves	Muy frecuentes	Reacciones locales (induración, dolor local, reducción en el uso del brazo en que se administra la vacuna)	85 - 90 % de vacunados	En las primeras 72 horas	5 días
	Frecuentes	Reacciones sistémicas (fiebre, decaimiento, fatiga, problemas para dormir, náuseas, vómito, diarrea, dolor abdominal, mialgias, artralgias, rash generalizado y urticaria)	70 - 90 % de los vacunados	En las primeras 24 horas	2 - 4 días
	Poco Frecuentes	Sincope (algunas veces puede estar acompañado de movimiento tónico clónicos)	0.3 - 0.5 casos por cada millón de dosis	Entre los primeros 15 y 30 minutos	
Graves	Poco Frecuentes	Anafilaxis	1 - 1.7 casos por cada millón de dosis	Entre los primeros 15 y 30 minutos	
	Muy Raras	Síndrome de Guillain Barré	0.6 casos por cada 1 millón de dosis administradas	6 semanas	

Fuente: INS, 2012, p.23

El prospecto de una vacuna es una hoja impresa que viene junto al producto; esa hoja contiene toda la información que el usuario debe conocer antes de vacunarse. En el prospecto que acompaña la vacuna anti VPH, Gardasil, en el apartado de efectos colaterales (Merck, 2010), expresa lo siguiente:

¿Cuáles son los efectos colaterales del Gardasil?

Los efectos colaterales más comunes del Gardasil son:

Dolor, inflamación, comezón, hematomas y enrojecimiento del área de aplicación de la inyección.

- Dolor de cabeza
- Fiebre
- Náuseas
- Mareos
- Vómito
- Desmayos

Infórmele al profesional de la salud si usted tiene alguno de los siguientes problemas puesto que éstos pueden ser síntomas de una reacción alérgica.

- Dificultad para respirar
- Sibilancia (broncoespasmo)

- Urticaria
- Sarpullido

Infórmele al profesional de la salud si usted tiene:

- Glándulas inflamadas (cuello, axila o ingle)
- Dolor de articulaciones
- Cansancio inusual, debilidad o confusión
- Escalofríos
- Malestar general
- Dolor de pierna
- Dificultad para respirar
- Dolor de pecho
- Dolor muscular
- Debilidad muscular
- Convulsiones
- Severo dolor de estómago
- Aparición de sangrados o hematomas más fácil de lo normal
- Infección en la piel

Contacte a su entidad prestadora de servicio de salud de inmediato si usted tiene algún síntoma que le cause preocupación incluso varios meses después de la aplicación de la vacuna.

Para una lista más completa de efectos colaterales, pregunte al profesional de salud que lo atiende.

La anterior información fue traducida del prospecto que acompaña la vacuna aprobada en Colombia.

En la literatura científica se encuentra información sobre diferentes reacciones que han presentado las personas vacunadas contra el VPH a nivel mundial.

La comunidad científica conoce los riesgos al producir una vacuna, en este caso contra el VPH, porque “la mayoría de vacunas antivirales se basan en el uso de viriones para inducir anticuerpos-antiviriones, es difícil producir cantidades suficientes de viriones VPH en cultivos celulares para inducir una respuesta adecuada en el huésped, además como los viriones VPH contienen ADN oncogénico, el uso de viriones VPH atenuados ha sido concebido como una estrategia de demasiado riesgo para el desarrollo de una vacuna VPH (Reyes-Gómez, et al., 2010, p.54).

Los cuadros clínicos adversos presentados en algunas niñas de nuestro país, como es el caso que está sucediendo en el municipio de El Carmen de Bolívar y en otras poblaciones urbanas o rurales, después de la inoculación de la vacuna anti VPH, pareciera que no se han tenido en cuenta para estudiar en profundidad esas reacciones y el origen de las mismas. Pérez (2014) confirma la presencia de efectos secundarios producidos por una vacuna como la que nos ocupa y al respecto dice de ellos:

...es lógico que dichos efectos adversos se produzcan; por lo que estos se han clasificado en dos grupos los locales y los sistémicos; los locales se relacionan con las manifestaciones presentadas en el sitio de la inoculación y los efectos sistémicos, con manifestaciones generalizadas que van desde un proceso febril hasta las manifestaciones autoinmunes como el síndrome de Guillain Barré, parestesias generalizadas, síncope y procesos convulsivos; estos últimos se han relacionado con el dolor causado por la vacuna (Pérez, 2014, 5).

A nivel mundial se han realizado estudios clínicos sobre reacciones físicas externas o locales al momento de aplicar la vacuna VPH, por ejemplo en los siguientes lugares:

México, más de 22,000 sujetos participaron en los estudios clínicos de la vacuna contra el VPH en seguimiento por un promedio de dos años en los estudios de fase III y hasta por 5 años en los estudios de fase II. En general, la vacuna fue bien tolerada en las mujeres jóvenes y adolescentes. Los eventos adversos relacionados con esta en el sitio de aplicación fue: dolor 84%, edema 25%, eritema 25%, prurito 3%. (Reyes-Gómez, et al., 2010, p.54).

En España un grupo de investigadores liderados por Camaño-Puig (2014) realizó un estudio sobre los argumentos que tenían las adolescentes para no dejarse aplicar la vacuna y encontraron que los efectos secundarios publicados en los medios de comunicación era uno de los argumentos, pues “al inicio de la segunda ronda, dos adolescentes valencianas experimentaron crisis convulsivas graves tras ser inmunizadas, precisando de ingresos hospitalarios” (Camaño-Puig, et al., 2014, p.649), pero estas reacciones no fueron consideradas como efectos secundarios causados por la vacuna, que “a dos meses y medio después, [de vacunadas] una comisión dictaminó la ausencia de base biológica que explicará la asociación entre los trastornos y la vacunación, siendo improbable que dichos cuadros pudieran considerarse como efectos adversos

de la misma” (Camaño-Puig, et al., 2014, p.649); aquí debo recalcar que en Colombia estas reacciones no fueron tenidas en cuenta como efectos secundarios a la vacuna contra el VPH.

En la literatura médica, sobre las reacciones que se han presentado después de las jornadas de vacunación contra el VPH. Olivero-Verbel, et al. (2018) hizo un resumen de los efectos reportados a nivel mundial; la información recopilada fue construida a partir de “Los datos [que] han sido publicados en revistas indexadas, así como en bases de datos de diferentes instituciones internacionales de prestigio, tales como el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC)” (p.23).

En el reporte de su investigación esta tabla se llama “Tabla 2.1 Efectos reportados asociados con la vacunación contra el VPH”; en ella agrupa los estudios por efectos, que son ilustrados en la figura 5. Efectos reportados a nivel mundial. Olivero-Verbel et al.,(2018) y su equipo extrajeron los datos de artículos científicos publicados entre los años 2008 hasta el 2015 donde reportan 60.625 casos clínicos de efectos pos vacuna VPH, localizados en diferentes países, Estados Unidos, Francia, Reino Unido, Bélgica, Dinamarca, Canadá, México, Australia, Italia y Colombia con 3 casos. El autor también realizó otra tabla específicamente sobre efectos reportados en Estados Unidos titulada “Tabla 2.2. Efectos secundarios reportados antes del año 2012 para las Vacunas VPH2, VPH4, VPH9 y VPHX. Base de datos del CDC de EE.UU” donde reporta 1.456 casos clínicos agrupados en 53 efectos secundarios.

Tabla 2.1 Efectos reportados asociados con la vacunación contra el VPH (Continuación).

EFFECTOS	DESCRIPCIÓN	SITIO DE ESTUDIO/ REPORTE CASOS	REFERENCIA
Dérmicos			
Alopecia	Pérdida excesiva de pelo en la que pueden llegar a caerse más de 120 cabellos al día, y revela un visible debilitamiento del cabello, incluso una calvicie evidente.	EE.UU./ 56 casos	Geier y Geier, 2015.
Hepáticos			
Diabetes tipo 1	Trastorno metabólico marcado por la hiperglucemia (elevación de la concentración sanguínea de glucosa) como resultado directo de la falta de insulina, o de la insuficiencia en la producción de la misma.	ND	Grimaldi-Bensouda et al., 2017.
Cardiovasculares			
Sincope	Pérdida pasajera del conocimiento que va acompañada de una paralización momentánea de los movimientos del corazón y de la respiración y que es debida a una falta de irrigación sanguínea en el cerebro.	Dinamarca/ 53 casos	OMS, 2014. Geier y Geier, 2015.
Purpura autoinmune trombocitopenia	Es un trastorno hemorrágico en el cual el sistema inmunitario destruye las plaquetas.	EE.UU./ 24 casos	Geier y Geier, 2015.
Síndrome de taquicardia postural ortostática	Condición rara en que hay una intolerancia ortostática, la cual ocurre cuando un cambio desde la posición supina (como cuando se está acostado) hacia una posición vertical (al pararse), resulta en latidos rápidos del corazón (taquicardia) y en una disminución de la presión arterial.	Dinamarca/ 53 casos	Brinith et al., 2015.
Eventos venosos tromboembolíticos	Es la formación de una masa hemática dentro de una vena.	EE.UU./ 39 reportes	Slade et al., 2009.
Vasculitis cerebral	Comprenden un amplio grupo de entidades caracterizadas por la afectación de los vasos del sistema nervioso central (SNC) ocasionado por la inflamación de su pared, que conduce a la oclusión o a la formación de aneurismas, con las consiguientes alteraciones isquémicas-hemorrágicas.	Canadá/ 2 casos	Tomljenovic et al., 2012.
		EE.UU./ 11 casos	Geier y Geier, 2015.

ND. No se registra información

Tabla 2.1 Efectos reportados asociados con la vacunación contra el VPH (Continuación).

EFFECTOS	DESCRIPCIÓN	SITIO DE ESTUDIO/ REPORTE CASOS	REFERENCIA
Autoinmunes			
Artritis inflamatoria crónica	Afecta al sistema inmune e inflama las articulaciones produciendo: dolor o hinchazón en una o más articulaciones, sensación de calor en la zona afectada, rigidez, enrojecimiento y sensibilidad de la piel alrededor de las articulaciones, fiebre.	EE.UU./ 56 casos	Geier y Geier, 2015.
Artritis idiopática juvenil	Enfermedad autoinmunitaria, de etiología desconocida, en la cual el cuerpo ataca y destruye por error el tejido corporal sano.	ND	Grimaldi-Bensouda et al., 2017.
Lupus	Enfermedad autoinmune y puede dañar muchas partes del cuerpo, incluyendo articulaciones, piel, riñones, corazón, pulmones, vasos sanguíneos y cerebro.	EE.UU./ 6 casos	Gatto et al., 2013. Geier y Geier, 2015.
Artritis reumatoidea	Enfermedad crónica y degenerativa que se caracteriza por provocar la inflamación de la membrana sinovial (membrana que alimenta, protege y cubre los cartilagos) de las articulaciones y en los tejidos circundantes.	ND	Grimaldi-Bensouda et al., 2017.
Síndrome autoinmune inflamatorio inducido por adyuvantes	Entidad caracterizada por manifestaciones variadas y/o síntomas no específicos, que pueden representar distintas entidades reumatológicas y que cuenta con el antecedente de la aplicación de una sustancia ajena al organismo que puede actuar como adyuvante.	Colombia/ 3 casos	Shoenfeld et al., 2011. Anaya et al., 2015.
Anafilaxis	Reacción alérgica severa, que puede poner en riesgo la vida.	EE.UU./ 15 casos	Halsey, 2008.

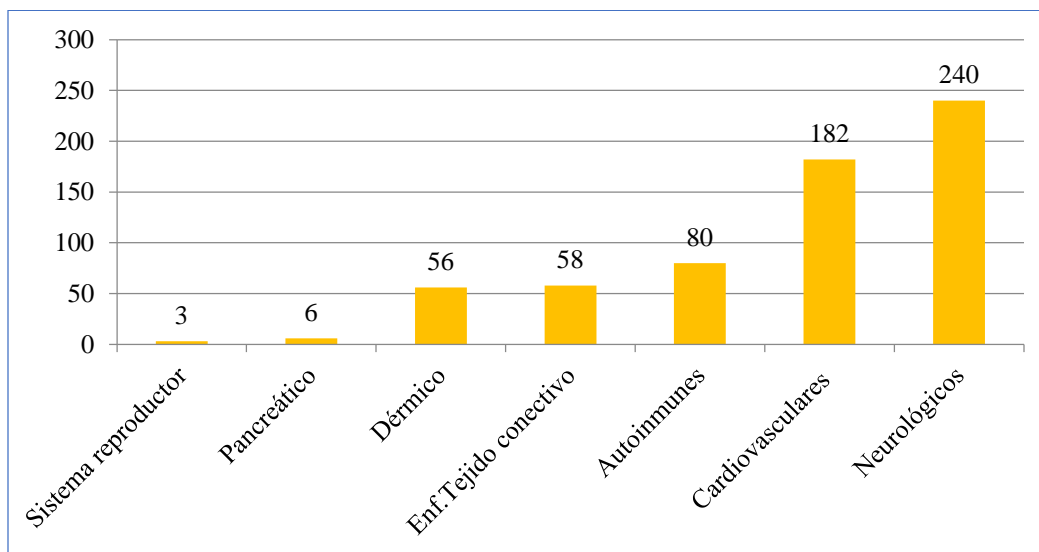
ND. No se registra información

Tabla 2.1. Efectos reportados asociados con la vacunación contra el VPH (Continuación).

EFECTOS	DESCRIPCIÓN	SITIO DE ESTUDIO/ REPORTE CASOS	REFERENCIA
ENFERMEDAD DE TEJIDO CONECTIVO			
Miositis	Inflamación de los músculos involucrados en el movimiento corporal. Puede ser causada por una lesión, una infección o una enfermedad autoinmune. Los 2 tipos principales son: polimiositis y dermatomiositis. La primera causa debilidad muscular y afecta a los músculos cercanos al tronco del cuerpo, la segunda además de debilidad muscular produce sarpullido en la piel.	ND	Grimaldi-Bensouda et al., 2017.
Enfermedad de tejido conectivo indeterminada	Grupo de entidades autoinmunes que determinan daño tisular, ocasionando manifestaciones clínicas en diferentes sistemas, incluyendo el sistema nervioso, tanto central como periférico.	ND	Grimaldi-Bensouda et al., 2017.
Mielitis transversa	Inflamación de la médula; transversa simplemente describe la posición de la inflamación, a lo ancho de la médula espinal.	EE.UU./ 10 reportes	Slade et al. 2009
Fibromialgia	Dolor muscular crónico de origen desconocido, acompañado de sensación de fatiga y otros síntomas	México/ 2 casos Japón/ 44 casos	Martinez-Lavin, 2014.
Síndrome de dolor regional complejo	Trastorno de dolor crónico. Provoca dolor intenso, por lo general en brazos, manos, piernas y pies.	Italia/ 2 casos	Kinoshita et al., 2014. Schäffer et al., 2008. Pellegriño et al., 2014. Wildemann et al., 2009.
Encefalomielitis aguda diseminada	Caracterizada por la infiltración perivascular de linfocitos y células mononucleares y desmielinización.	EE.UU./ 6 reportes	Slade et al., 2009.
PANCREÁTICOS			
Pancreatitis	Inflamación del páncreas. Puede ser aguda o crónica, siendo ambas manifestaciones graves.	Australia/ 3 casos	American College of Pediatricians, 2016; Colafrancesco et al., 2013. Little et al., 2012.
SISTEMA REPRODUCTOR			
Falla ovárica prematura o menopausia prematura	Cese de la ovulación y las funciones ováricas endocrinas en mujeres menores de 40 años.		
ND. No se registra información.			

La tabla de las páginas anteriores, es tomada de Olivero-Verbel et al., (2018, pp. 24-27) donde agrupan por tipo de efectos reportados asociados con la vacuna contra el VPH en ocho grupos: efectos generales, del Sistema reproductor, pancreático, dérmico, enfermedades del tejido conectivo, autoinmunes, cardiovasculares y neurológicos; la cantidad de casos se ilustra en la figura 5.

Figura 5. Efectos adversos reportados a nivel mundial según publicaciones científicas entre los años 2008-2015



Fuente propia (2019) con datos tomados de Olivero-Verbel et al., (2018)

En la figura 5. Efectos adversos reportados a nivel mundial según publicaciones científicas entre los años 2008-2015. Olivero-Verbel et al. (2018) reportan 60.625 casos, 60.000 son efectos generales “Fiebre, náuseas y mareos, reacciones locales en el lugar de la aplicación” (p.24). En la figura no fue posible incluir en la gráfica los 60 mil casos, por eso se ilustran solamente 625 casos; de ellos el grupo que más resalta son los efectos neurológicos con 240 casos los otros

están en los grupos “cardiovasculares 182, autoinmunes 80, enfermedades de tejido conectivo 58, dérmico 56, pancreático 6 y del sistema reproductor 3” Olivero-Verbel et al. (2018, P. 24).

En el grupo de casos clínicos reportados en Neurológicos están: “Desmienilización central/esclerosis múltiple, Síndrome de Guillain-Barré, síndrome/encefalomielitis miálgica, neurastenia, neuromielitis óptica y neuritis braquial” Olivero-Verbel et al. (2018, p24).

Elementos que pueden influir en la seguridad de la vacuna

Desde el punto de vista sanitario, los elementos que pueden influir en la seguridad de una vacuna se podrían integrar en los siguientes cuatro grupos, a. El biológico y sus fases, b. Factores internos, c. Factores externos y d. Elementos socioculturales y ambientales:

a. El biológico

Toda la información, consultada para este punto la he tomado de The College of Physicians of Philadelphia (2018). Para el caso nos ocupa, el término *biológico* hace referencia a la vacuna, como producto final, que para llegar a la aplicación en una población humana han tenido que pasar muchos años donde se somete a investigación, a legislación y a su aprobación. Primero, los estudios en el laboratorio deben superar la etapa de exploración y la etapa preclínica (cultivos de tejidos, de células y pruebas en animales); segundo, se envía una solicitud para investigar un medicamento nuevo a la Administración de Drogas y Alimentos de EE.UU (FDA por sus siglas en inglés); tercero, después de aprobada la solicitud se continúan con las siguientes fases de pruebas en humanos:

Fase I de los ensayos con la vacuna

En esta fase se evalúa la seguridad de la vacuna y determina el tipo y el alcance de la respuesta inmunológica que provoca la vacuna. Es probada en un grupo de adultos, de entre 20 a 80 personas, generalmente.

Fase II de los ensayos con la vacuna

En esta fase participan un grupo más grande de varios cientos de personas. Algunas de las personas pueden pertenecer a grupos en riesgo de contraer la enfermedad; los ensayos son aleatorios y bien controlados, e incluyen a un grupo de placebo.

Fase III de los ensayos con la vacuna

Las vacunas candidatas que tienen éxito en la fase II avanzan a ensayos más grandes, que involucran de miles a decenas de miles de personas. Las pruebas de fase III son aleatorias y doble ciego, e involucran la vacuna experimental que se prueba contra un placebo (el placebo puede ser una solución salina, una vacuna para otra enfermedad o alguna otra sustancia). Una meta de la fase III es evaluar la seguridad de la vacuna en un grupo grande de personas. Algunos efectos secundarios poco usuales podrían no ser evidentes en grupos más pequeños de personas que formaron parte de las fases anteriores; por ejemplo, suponga que un suceso adverso, relacionado con una vacuna candidata, pudiera ocurrir en 1 de cada 10,000 personas, para detectar una diferencia significativa de un suceso de baja frecuencia, el ensayo tendría que haber incluido 60,000 sujetos, la mitad de ellos en el control, o en el grupo sin vacuna.

Aprobación y autorización oficial

Después de que un ensayo de fase III resulta exitoso, el creador de la vacuna enviará a la FDA una solicitud de autorización oficial para productos biológicos. Después de emitir la autorización oficial, la FDA vigilará la producción de la vacuna, incluyendo las instalaciones de inspección, y revisará las pruebas que hace el fabricante a lotes de vacunas en cuanto a capacidad para obtener

el efecto deseado, seguridad y pureza. La FDA tiene el derecho de realizar sus propias pruebas a las vacunas de los fabricantes.

Vigilancia posterior una vez emitida la autorización oficial

Diversos sistemas vigilan las vacunas después de haber sido aprobadas. Entre ellos se incluyen los ensayos de la fase IV, el Sistema de Información sobre Eventos Adversos a una Vacuna (VAERS Vaccine Adverse Event Reporting System) para el MSPS de Colombia se conoce como Evento Supuestamente Atribuido a la Vacunación o Inmunización (ESAVI) y el Enlace de Datos sobre la Seguridad de las Vacunas (Vaccine Safety Datalink), de los cuales hablaré más adelante.

Fase IV de los ensayos con la vacuna

Los ensayos de la fase IV son estudios opcionales que pueden realizar las compañías de medicamentos después de que se lanza una vacuna. El fabricante puede seguir realizando pruebas a la vacuna en cuanto a seguridad, eficacia y otros posibles usos.

b. Factores internos

Son los propios del paciente, cubre todas las áreas de la persona, su cuerpo, su sistema inmunológico, la calidad de su salud, la nutrición, la presencia o ausencia de estrés extremo, en fin, su calidad de vida.

c. Factores externos

Desde el punto sanitario, se refiere al cumplimiento de los lineamientos técnicos del programa de inmunización, la estricta ejecución de los protocolos establecidos para implementar el programa de vacunación. Los implementos médicos y la cadena de frío son los dos pilares fundamentales en los que se sostiene la adecuada conservación y aplicación del biológico. La cadena de frío debe mantenerse durante el almacenamiento y distribución, en el transporte del biológico hasta el uso final.

La siguiente entrevista realizada a una médica especializada en salud pública nos ilustra el rigor de los procedimientos exigidos por el Plan Ampliado de Inmunización (PAI) de MSPS de Colombia:

El MSPS es sumamente exigente en los centros de acopio en las secretarías departamentales de salud. Precisamente a la fecha, se adecuaron las instalaciones físicas, muy estrictas a como solicitan las condiciones de la organización mundial de la salud y del PAI para el almacenamiento adecuado con las neveras de los biológicos. Del ingreso a ellos, de la manera como se sacan, todo eso sumamente estricto, y así mismo se exige en cada una de las instituciones de salud que habilitan el servicio de vacunación. Entonces las normas exigen estrictamente como debe de ser, la infraestructura, las paredes, los techos, los cielos rasos, los guarda escobas. El piso, todo tiene que ser de superficies lisas, lavables, de fácil limpieza, no puede haber acumulación de polvo, las neveras tienen que estar a una distancia de las paredes, las conexiones eléctricas son específicas con unas normas específicas, los controles de temperatura estricto con los registros de los horarios de cada control de temperatura, cuando se abre, la nevera no se abre sino que se mira en los termómetros especiales donde se controla la temperatura de esa nevera, y cuando se abre se controlan antes, durante y después

de la apertura para sacar los biológicos. Preferiblemente que no les ingrese sol por ventanas, y si hay ventanas, las ventanas las polarizan o buscan la forma de que no les llegue sol en los sitios donde llega el sol, ya en ultimas, exigen aire acondicionado, dependiendo del sitio, temperaturas, sitios con condiciones geográficas de altas temperaturas, de allí cuando ya se van a distribuir los biológicos.

Todo eso es lo externo, el transporte, como la llevan, los termos, como la colocan, todo eso que hemos dicho de las condiciones. Los propios ya serían los de cada paciente, cada persona a vacunar, quizá tenga por su condición inmunológica, su condición de defensas bien o alérgicos, o que hacen reacción al biológico eso nadie lo puede predecir, por consiguiente, puede darse que a algún niño lo vacunen con la BCG en el momento de nacer y le haga alguna reacción, un rash, o se le irrite la vacuna y a otros no. Igualmente, a una mujer joven en edad fértil, en una adolescente que le apliquen la vacuna del papiloma y no haga ninguna reacción, en otras sí, porque eso tiene que ver que la condición nutricional, puede que haga ese mismo efecto adverso.

Lo fundamental es lo externo eso es corregible y obligatorio, pero ya lo propio de cada persona, lo innato, el sistema inmunológico de cada uno de nosotros es muy diferente.

(Popayán: Entrevista C6, 2019)

d. Elementos socioculturales y ambientales

Entre ellas la educación en el cuidado de la vida, las prácticas agrícolas, las prácticas salubres como la implementación de la asepsia, la lavada de manos, el medio ambiente, la limpieza del aire, del agua, entre otros.

Si cada uno de los cuatro grupos a, b, c y d, está funcionando correctamente, al unirse forman un sistema de engranaje que permite que las vacunas sean uno de los medios para avanzar en la evolución de la salud humana, de lo contrario se pueden presentar Eventos supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).

Eventos Supuestamente Atribuidos a Vacunación o Inmunización – ESAVI.

En Estados Unidos, en 1990, los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) y la FDA establecieron el Sistema de Información sobre Eventos Adversos a una Vacuna (VAERS, por sus siglas en inglés). El objetivo de VAERS, de acuerdo con los CDC, es “detectar posibles señales de reacciones adversas relacionadas con las vacunas”, en este caso, una señal es una prueba que indique una posible reacción adversa observable a través de los datos recopilados. Cada año se notifican aproximadamente 30,000 sucesos a VAERS. Entre un 10 y un 15% de estas notificaciones describen reacciones médicas graves que terminan en: hospitalización, enfermedades que ponen en peligro la vida, discapacidad o muerte.

En Colombia el VAERS es equivalente al ESAVI. El MSPS, ha dado las instrucciones para reportar los casos teniendo en cuenta la tabla 4

Tabla 4. Definiciones de caso ESAVI en Colombia.

Tipo de caso	Definición de caso
	Cualquier trastorno, síndrome, signo o síntoma que ocurra después de la administración de una vacuna y que el público, los padres, el paciente o los trabajadores de la salud consideren que está relacionado con la vacunación, pudiendo estar o no relacionado con la vacuna o el proceso de inmunización.
Caso	Para efectos de la vigilancia, los eventos que deberán ser notificados son:
Sospechoso	Abscesos
	Eventos que requieren hospitalización

	<p>Eventos que ponen en riesgo la vida</p> <p>Eventos que causan discapacidades</p> <p>Eventos que afecten grupos de personas</p> <p>Cualquier muerte que ocurra antes de las 4 semanas posteriores a la inmunización y cuya etiología no esté bien precisada.</p>
Relacionado con la vacuna:	<p>caso Sospechoso que ha sido descrito como una reacción esperada después de la Administración de la vacuna y además cumple con criterios de causalidad.</p>
	<p>Relacionado con el programa: caso sospechoso en el cual se logra identificar uno o más de los siguientes errores en la preparación, manejo o administración de la vacuna.</p>
Caso relacionado con la vacunación	<p>Dosificación inadecuada.</p> <p>Método de administración incorrecto.</p> <p>Uso inseguro de aguja y jeringas desechables.</p> <p>Falta de verificación del empaque que garantice la esterilidad de agujas y jeringas.</p> <p>Manipulación inadecuada de las agujas y jeringas.</p> <p>Reconstitución de las vacunas con el diluyente equivocado.</p> <p>Cantidad indebida de diluyente.</p> <p>Preparación inadecuada de vacunas.</p> <p>Sustitución de vacunas o diluyentes por medicamentos u otros.</p> <p>Contaminación de la vacuna o el diluyente.</p> <p>Almacenamiento indebido de las vacunas y jeringas.</p> <p>Vacunas y jeringas usadas después de su fecha de caducidad.</p>
Caso Coincidente	<p>Caso sospechoso en el cual el evento coincide con la vacunación y pudo haberse producido incluso si la persona no hubiese recibido la vacuna.</p>
No Concluyente O Desconocido	<p>Caso en el cual el evento adverso no está directamente relacionado a la vacuna, su administración o cualquier otra causa identificable. Por lo cual no es posible determinar una relación causal entre la aplicación del biológico y el trastorno presentado.</p>

Fuente. Protocolos de Vigilancia en Salud Pública. Instituto Nacional de Salud. 2011.

Como se puede observar en la tabla hay cuatro tipos de casos ESAVI: caso sospechoso, caso relacionado con la vacunación, caso coincidente y caso no concluyente o desconocido. En estas instrucciones hay una indicación de los eventos que se deben notificar en el formulario de ESAVI diseñado para esa función:

Nota: SE DEBEN NOTIFICAR solamente los eventos que requieran hospitalización, pongan en riesgo la vida, causen discapacidad, afecten grupos de personas, así como cualquier muerte que ocurra durante las 4 semanas posteriores a la vacunación o inmunización y cuya etiología no esté bien precisada; los eventos muy comunes esperados no se deben notificar, ya que no cumplen con los criterios de caso. (INS, 2012, p.22).

El formulario diseñado para hacer los reportes ESAVI está identificado como *Código de evento 298* y esta información alimenta la base de datos del Sistema de Información para la Vigilancia en salud pública (SIVIGILA), creado y reglamentado según el decreto 3518 de octubre 9 de 2006, es el programa diseñado por el MSPS de Colombia “tiene como responsabilidad el proceso de observación y análisis objetivo, sistemático y constante de los eventos en salud, el cual sustenta la orientación, planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de la práctica de la salud pública”, son siete módulos de atención los que lo constituyen; la figura 6 lo ilustra.

Figura 6. Sistema de Información para la Vigilancia en salud pública (SIVIGILA)



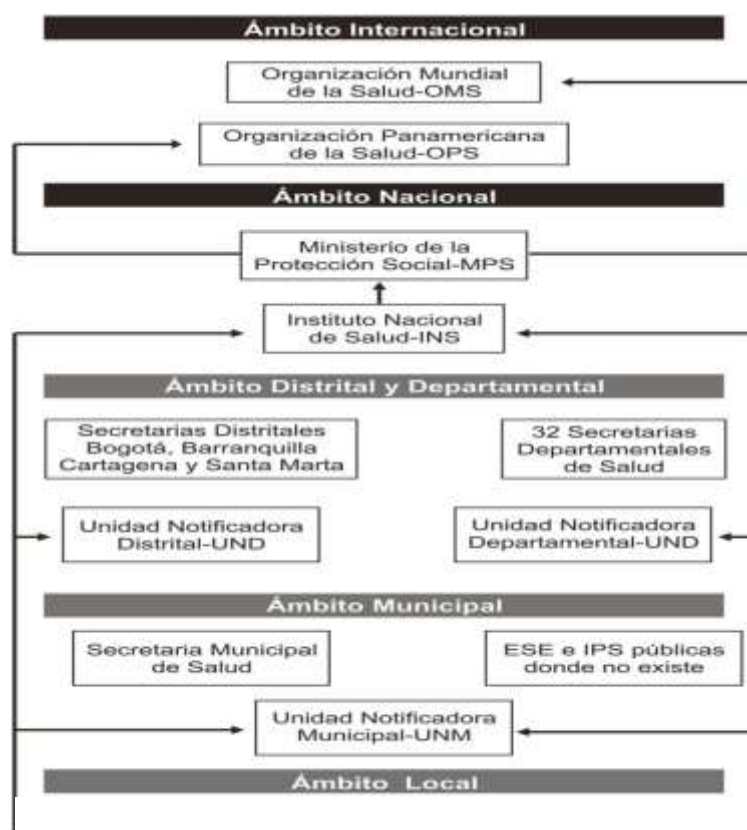
Fuente: SIVIGILA en línea <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SIVIGILA.aspx>, consultado en junio 19 de 2019.

Los reportes ESAVI son muy importantes porque en ellos se facilita detectar posibles señales de reacciones adversas relacionadas con las vacunas. Reacciones que pueden generar las vacunas que en su evolución hacia la seguridad y efectividad deben tenerse en cuenta; especialmente si la vacuna está en fase III porque en esta fase su objetivo principal es evaluar la seguridad de la vacuna en un grupo grande de personas. Al detectar las reacciones pueden hacerse los correctivos, a nivel de laboratorio para tratar de perfeccionar la vacuna y garantizar su seguridad.

El MSPS colombiano, reconoce que las vacunas pueden generar reacciones adversas pues en los informes de reportes ESAVI escribe la siguiente frase:

Aún no se ha creado ningún producto biológico o farmacéutico totalmente inocuo. Las vacunas se elaboran con base en las normas más estrictas de seguridad y calidad de la tecnología actual, pero siempre cabe la posibilidad de que se produzca algún evento adverso en una persona vacunada (SIVIGILA en línea).

Figura 7. Flujo de la información de los ESAVI



Fuente: INS, 2009, p. 6

La figura 7 ilustra el recorrido de los reportes ESAVI partiendo del ámbito local, hasta llegar a la Organización Mundial de la Salud, que es el ámbito internacional.

El mecanismo del formulario ESAVI permite que se conozcan todas las reacciones sucedidas a nivel mundial y que han sido reportadas usando este mecanismo. Sin embargo pueden suceder reacciones que no son formalmente reportadas, especialmente porque la comunidad sanitaria

confía en la seguridad de la vacuna y no las relacionan; esta situación se puede observar en el capítulo IV del presente trabajo.

El Instituto Nacional de Salud (INS, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016) informan la siguiente cantidad de casos ESAVI, reportados formalmente, debidos a la vacuna anti VPH a partir del año 2012, año en que fue incluida en el PAI, hasta el año 2016, en los cuales hay 896 reportes. En ellos también se indica la participación porcentual de la cantidad de casos reportados por todas las vacunas. El porcentaje que se describe en los siguientes registros corresponde a los casos generados por el Evento de Inmunización anti VPH con respecto a las otras vacunas del PAI, así:

❖ Año 2012	10 casos,	1.1%
❖ Año 2013	37 casos,	4.8%
❖ Año 2014	831 casos,	48.2%
❖ Año 2015	14 casos,	14.0%
❖ Año 2016	4 casos,	3.2%

Aunque el MSPS de Colombia dio instrucciones para que los padres de familia de las niñas vacunadas se enteraran de los posibles efectos, esta información en algunos lugares del territorio colombiano, no les fue suministrada. Pero antes de la vacunación masiva contra el VPH, que inició a partir del 2013, Wiesner y su equipo hicieron un estudio sobre el consentimiento y aceptabilidad de la vacuna VPH en Colombia que fue publicada en 2010. El equipo de investigadores dirigidos por Carolina Wiesner (2010) hizo un estudio sobre la *Aceptabilidad de la vacuna contra el Virus Papiloma Humano en padres de adolescentes, en Colombia* y encontraron que “la aceptabilidad a la vacuna varía en relación con el contexto sociocultural y

educativo” (Wiesner et al., 2010, 961); como también que “la aceptabilidad de los padres hacia la vacuna está determinada por su capacidad crítica frente a los conocimientos, la forma como abordan la educación sexual, la edad de la vacunación y las actitudes frente al costo de la vacuna” (Wiesner et al., 2010, 964); esta prueba fue aplicada en “cuatro ciudades que corresponden a complejos socioculturales diferentes: dos ciudades de la región andina: el distrito capital de Bogotá una ciudad intermedia: Manizales; una ciudad de frontera ubicada en la extrema llanura: Arauca y, una ciudad turística: Cartagena” (Wiesner et al., 2010, p.963). Hay que aclarar que este estudio se hizo antes de que se aprobara la ley 1626 del 30 de abril del 2013 donde se garantizó la vacuna gratuita, obligatoria y de aplicación masiva.

El consentimiento y aceptación de los padres de familia basados en una información sencilla, completa y veraz sobre la vacuna y sus posibles efectos adversos que están incluidos en su prospecto, es un derecho de los padres de familia y un deber del cuerpo sanitario suministrarla; pero este detalle en Colombia no siempre se ha tenido en cuenta.

Adicionalmente, creo que hay que considerar la variable del grupo étnico de las mujeres afectadas por cáncer de cuello uterino, pues en Estados Unidos una investigación dirigida por el doctor Anne F. Rositch, profesor del Departamento de Epidemiología en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, encontró que “las mujeres afro en Estados Unidos fallecen de cáncer cervical a una tasa 77 % más alta de lo pensado antes, mientras que las blancas lo hacen a una tasa del 57 %.”, según un informe publicado en el diario El País en línea: elpais.com.co y donde se afirma que “La tasa de mortalidad por cáncer cervical [...] es mucho mayor de la pensada previamente y registra notables variaciones raciales, según las conclusiones de un estudio divulgado en la revista *Cáncer*”.

3.3 Cáncer de Cuello Uterino (CACU) en Colombia

A nivel mundial el cáncer de cuello uterino ha estado asociado a la presencia del Virus de Papiloma Humano, de tal manera que la Organización Mundial de la Salud (OMS) implementó el uso de la vacuna para prevenir esta enfermedad. “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 de 2010” (INS, 2012, p.6). La OMS implementó un protocolo para que la población joven a partir de los 9 años de edad y hasta los 14 años, antes del inicio de actividades sexuales, se aplique la vacuna. Las cifras de morbilidad y mortalidad de esta enfermedad parecen justificar médicamente esta decisión.

Tasas de mortalidad en Colombia por cáncer de cuello uterino

En Colombia, según el Observatorio Nacional de Cáncer (ONC) las cifras reportadas sobre la “tasa de mortalidad por tumor maligno del cuello uterino”, por cada 100.000 mujeres en el año 2005 fallecía el 7.8%; en el año 2011 el 6,58%; en el 2013 6.3% y en el 2014 fallecían el 6,77% de las mujeres por cáncer cervical, esto significa que en el 2014 murieron 6.770 mujeres de una muestra poblacional de 100.000 mujeres, o en otros términos por cada 100 mujeres mueren entre 6 y 7 por cáncer de cuello uterino en Colombia. El reporte de mortalidad de mujeres en el Departamento del Cauca, según la Secretaría de Salud Departamental fueron 48 por cáncer cervical en el año 2014.

Como una forma de prevenir el cáncer de cuello uterino en Colombia, se implementó la vacuna contra el VPH, de manera masiva, gratuita y obligatoria a partir del año 2013 a la población femenina escolarizada en un rango etario entre los 9 y 14 años de edad. En el siguiente capítulo IV se muestran los momentos de la vacunación VPH en algunos lugares del

departamento del Cauca: el corregimiento de Descanse, la vereda Calibío y la ciudad de Popayán; también en el municipio de El Carmen de Bolívar en el departamento de Bolívar.

4. Capítulo IV. Momentos de las jornadas de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano VPH en Colombia

Los mecanismos para prevenir el cáncer de cuello uterino son, educación en sexualidad responsable, tamizaje ginecológico, el autocuidado de la salud y buenas prácticas saludables y la vacuna contra el VPH, revisados en el capítulo III del presente trabajo. Las características de la vacuna anti VPH, tetravalente autorizada por el gobierno colombiano es una vacuna en fase III, misma que fue explicada en el capítulo III. En la tabla 5 se pueden observar las características, resaltando principalmente la fila de los países/regiones incluidas en ensayos clínicos fase III donde Latinoamérica participa con un 27% de la población seleccionada para tal fin.

Tabla 5. Características de la vacuna tetravalente autorizada en Colombia

Características	Vacuna tetravalente
Manufacturado por/ nombre comercial	Merck Sharp y Dhome (MSD)/ Gardasil.
Genotipos de VLPs incluidos en la vacuna	6, 11 , 16, 18
Sistema de expresión	Levadura <i>Saccharomyces cerevisiae</i>)
Adyuvante	Hidroxi fosfato sulfato de aluminio.
Esquema e intervalo de las 3 dosis	Dos meses entre 1ª y 2ª dosis; seis meses entre la 1ª y 3ª dosis
Países/regiones incluidas en ensayos clínicos Fase III	Norteamérica (25%); Latinoamérica (27%); Europa (44%); Asia Pacífico (4%)

Ensayos clínicos de inmunogenicidad
y expresión en adolescentes

Niños y niñas entre 9-15 años

Fuente: Muñoz et al. 2008 en Olivero-Verbel et al., 2018, p.19

4.1 Marco legal y línea temporal del recorrido de la vacuna anti VPH, tetravalente, en Colombia.

Esta sección está dedicada a hacer un recorrido, en el tiempo realizado por la vacuna Anti VPH, y la implementación del programa de vacunación en Colombia. En la tabla 6, se indica la línea de tiempo de la vacuna, tetravalente, anti VPH en su implementación en el territorio colombiano.

Tabla 6. Línea de tiempo de la vacuna, tetravalente anti VPH, en Colombia.

Año	Evento
2006	El gobierno colombiano autorizó la entrada de la vacuna anti VPH a nuestro territorio a través del INVIMA.
2009	El MSPS Inició campañas mediáticas para vacunación anti VPH.
2012	<ul style="list-style-type: none"> a. Mayo 3 de 2012, el CNPI recomendó la vacuna cuadrivalente Gardasil. b. Agosto de 2012, se incluyó la vacuna anti VPH en el PAI colombiano. Se inició la primera fase del programa de vacunación. Con un esquema de tres dosis. El gobierno compró 6 millones de vacunas contra el VPH c. Reportes ESAVI nacional del año 2012: 10 casos.
2013	<ul style="list-style-type: none"> a. Febrero, el INS ordenó llevar a cabo la segunda fase para adolescentes no escolarizadas o habitantes en zonas rurales de difícil acceso.

	<ul style="list-style-type: none">b. Abril 30, se aprobó la ley 1626 que garantiza la vacunación gratuita y obligatoria para niñas del grupo etario entre 9 y 14 años; se hizo de manera masiva.c. Reportes ESAVI nacional del año 2013: 37 casos. Una niña de 11 años fallecida, en Córdoba. Vacunada en mayo 5 de 2013 y falleció en mayo 8 de 2013; se determinó ESAVI no concluyente.
2014	<ul style="list-style-type: none">a. Marzo de 2014. Se continúa con el PAI contra el VPH, se aplicó la segunda dosis a las niñas entre 9 y 14 años, usando las instalaciones de las Instituciones Educativas en el territorio colombiano.b. Mayo de 2014. Las niñas inoculadas empezaron a deteriorar su salud en algunos lugares del territorio colombiano. Eventos de reacciones de manera masiva ocurrieron en los Montes de María.c. Agosto de 2014. Hubo cubrimiento mediático en el Carmen de Bolívar, ciudad capital de los Montes de María; el INS hizo presencia en el lugar.d. También en el territorio colombiano se reportaron casos aislados en los departamentos de Cauca, Cundinamarca, Huila, Valle, Antioquia, Caldas, Sucre, Cesar, Atlántico, entre otros. Muchos de estos casos no fueron reportados en el ESAVI nacional.e. Reportes ESAVI nacional del año 2014, 831 casos.
2015	<ul style="list-style-type: none">a. Enero de 2015. El INS, reportó y socializó el estudio de brote realizado en Carmen de Bolívar reafirmando la seguridad de la vacuna anti VPH y argumentando que lo sucedido fue una reacción psicógena masiva por una percepción exagerada de los posibles efectos adversos de la vacuna. Bajaron las tasas de vacunación a nivel nacional.b. Reportes ESAVI nacional del año 2015, 14 casos.

-
- 2016
- a. En el Carmen de Bolívar la situación de salud de las niñas no mejoraba, aunque el pueblo estaba consternado por la situación de salud pública no hubo cubrimiento mediático esto hizo que el resto del país percibiera que ya todo estaba solucionado y confirmó los argumentos del INS sobre la seguridad de la vacuna y sobre una reacción psicógena masiva.
 - b. Reportes ESAVI nacional del año 2016, 4 casos.
-
- 2017
- a. Junio 2 de 2017 La corte constitucional aprueba la sentencia T – 365 de 2017 que modificó la ley 1626 de 2013 garantizando la vacunación gratuita pero no obligatoria. Esto sucedió por una tutela a favor de la niña Aura Cristina Campo de la ciudad de Cali.
 - b. Bajaron los índices de cumplimiento de vacunación anti VPH.
 - c. El esquema de vacunación se modificó de tres dosis a dos.
 - d. Reportes ESAVI nacional del año 2017, 0 casos.
-
- 2018
- a. En el municipio de El Carmen de Bolívar las niñas que enfermaron después de la segunda dosis de la vacuna anti VPH aplicada en el año 2014, siguieron enfermas con diagnósticos médicos más complejos.
 - b. Continúa el silencio mediático.
 - c. Reportes ESAVI nacional del año 2018, 0 casos.
-
- 2019
- a. Las niñas que enfermaron a partir del año 2014 aún siguen delicadas y sus familias deben buscar ayuda económica por diferentes medios, muchas veces sin éxito, para cubrir los gastos médicos de las niñas. El Estado se ha desentendido de la situación del Carmen de Bolívar, de los Montes de María y de los dos casos sucedidos en el Departamento del Cauca; muy seguramente de los casos en los demás departamentos del territorio nacional.
-

b. Continúa el silencio en los medios de comunicación nacional.

Fuente propia (2019), datos obtenidos de las fuentes: INS (2012, 2013, 2014, 2015); Olivero-Verbel, et al., (2018); Congreso de la República de Colombia (2013), Corte Constitucional (2017), y datos recolectados en trabajo de campo en el municipio de El Carmen de Bolívar (2018).

A continuación se hace una explicación ampliada de la línea de tiempo expuesta en la anterior tabla:

A partir del año 2006, la vacuna fue autorizada, pero no estaba incluida en el PAI de Colombia. El Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA) la registró con el código: INVIMA 2006M-0006714. En el año 2009 se iniciaron las campañas de inmunización contra el VPH usando la vacuna y dándole todo el despliegue mediático, “para tal efecto presentaron socialmente el CACU, como un evento crítico en la salud moderna, y definitivamente, pretendían poner un punto de control a una enfermedad que era causante de una alta carga social, médica, política y económica” (Olivero-Verbel, et al., 2018, p.33) Las campañas en estos medios se publicitaron entre los años 2009 al 2012.

El 3 de mayo de 2012, “el Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones (CNPI) recomendó la introducción al país de la vacuna cuadrivalente, debido al valor agregado que ésta tenía contra la protección de verrugas genitales y papilomatosis laríngea” (Belalcázar, 2014 en Olivero-Verbel et al., 2018, p.20).

En agosto de 2012, empezó la primera fase de la implementación de la vacuna “cuadrivalente contra el CACU se inició en una campaña lanzada por la Presidencia de la República y el MSPS, bajo el lema ‘Que vivan las mujeres, que viva la vida’; dicha campaña contaba con el respaldo

del Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Salud (INS) y las sociedades académicas y científicas” Olivero-Verbel, et al., (2018, p.20) a partir de entonces “esta vacuna ha sido incluida en el Plan Ampliado de Inmunización (PAI)” (Pérez, 2014, 6). El Instituto Nacional de Salud (INS, 2012), de Colombia dio instrucciones para iniciar el programa de vacunación en agosto del 2012:

El esquema completo de vacunación contra el VPH, comprende la aplicación de tres dosis en un esquema 0, 2 y 6 meses.

- Primera dosis: Fecha elegida
- Segunda dosis: 2 meses después de la primera dosis
- Tercera dosis: 6 meses después de la primera dosis

Es necesario, que se cumpla con los intervalos sugeridos entre dosis, es decir, que se complete el esquema (tercera dosis) seis meses después de la primera dosis. (INS, 2012, p.18).

En febrero del 2013 se llevó a cabo la segunda fase “para adolescentes no escolarizadas ubicadas en zonas urbanas y rurales de difícil acceso, cuya planeación fue realizada, según el Ministerio de Salud” (Olivero-Verbel et al., 2018, p.34). El 30 de abril del 2013 fue aprobada la ley 1626 de 2013, donde el gobierno colombiano encabezado por el Economista Juan Manuel Santos Calderón como presidente y Alejandro Gaviria Uribe, también economista, como ministro de salud y protección social (MSPS), autorizó la vacunación gratuita y obligatoria con lo cual se hizo de manera masiva. Asignó un presupuesto “para el programa de vacunación alrededor de \$205 mil millones de pesos, teniendo para la vigencia de 2015 un presupuesto de \$220 mil millones de pesos, habiendo comprado \$6 millones de vacunas contra el VPH” (Olivero-Verbel et al., 2018, p.34).

Esta ley fue modificada en junio 2 del año 2017, con la sentencia T-365 de 2017 garantizando la vacunación gratuita pero no obligatoria. Esta sentencia emitida por la corte constitucional (2017) de Colombia, se dio por la solicitud de tutela interpuesta por Edith Perdomo Londoño, en representación de su hija, menor de edad, Aura Cristina Campo Perdomo. La menor fue vacunada contra el VPH, cuando cursaba quinto grado de primaria en la Institución Educativa Celmira Bueno de Orejuela de la ciudad de Cali, departamento del Valle. La niña tuvo complicaciones en su salud y necesitaba de la ayuda profesional de varios especialistas, que en orden cronológico fueron reumatólogo pediatra, psiquiatra, fisiatra, endocrinólogo, psicólogo, toxicólogo, anestesiólogo y algesiólogo. La niña se enfermó 30 días después de aplicada la tercera dosis de la vacuna Gardasil el 21 de marzo de 2013, en el año 2017 aún estaba enferma.

Así las cosas, la ley 1626 de 2013 fue modificada por la sentencia T-365 en el año 2017; pero hay que tener en cuenta que la aplicación masiva y obligatoria dejó a su paso una huella de sufrimiento en un cuerpo social afectado que aún está experimentando afectaciones en su salud física y psicológica, en su economía, en sus proyectos, entre otras. A continuación se observará los momentos de la vacunación en algunos lugares del territorio colombiano.

4.2 Momentos de la vacunación en algunos lugares del territorio colombiano

Con la ley 1626 del 2013 se continuó con la implementación de la inmunización contra el VPH aplicando la vacuna tetravalente por todo el territorio colombiano a la población femenina en el grupo etario entre los 9 y 14 años y escolarizada. Por ese motivo la población con la que se trabajó son las niñas vacunadas, sus familias y su contexto sociocultural.

En este apartado se hará un recorrido, de los momentos de la vacuna, desde el sur del departamento del Cauca pasando por los municipios de Santa Rosa y Popayán, específicamente por el corregimiento de Descanse, la vereda Calibío y Popayán y luego al norte de Colombia en

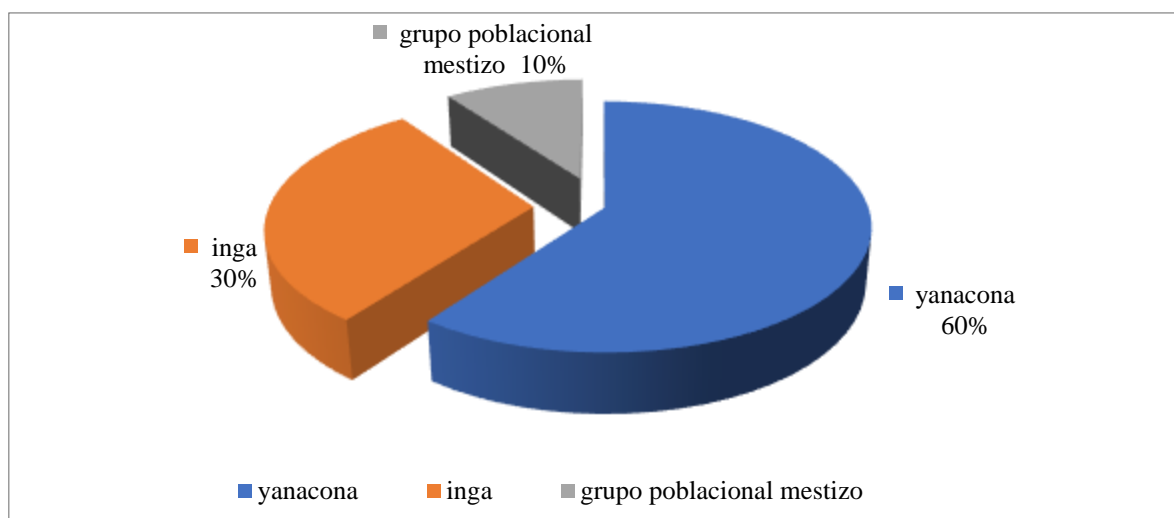
el departamento de Bolívar específicamente al municipio de El Carmen de Bolívar; lugares que fueron descritos en el capítulo II del presente trabajo.

4.2.1 Corregimiento de Descanse

En el capítulo II se explicaban las razones por las cuales se eligió Descanse y entre ellas están que en ese lugar es posible entrevistar a todas las niñas que fueron vacunadas contra el VPH, pues únicamente fueron 12 aunque solamente fue posible contactar a 10 porque dos de ellas ya no estaban en el lugar. También porque ahí se encuentran habitantes de diferentes grupos étnicos entre ellos están el grupo Yanaconas, Ingas y los demás se identifican como “colonos” llegados de los municipios vecinos.

En la siguiente figura se ilustra la identidad étnica de las diez niñas vacunadas contra el VPH.

Figura 8. Participación por grupos étnicos en las jornadas de vacunación contra el VPH en Descanse.

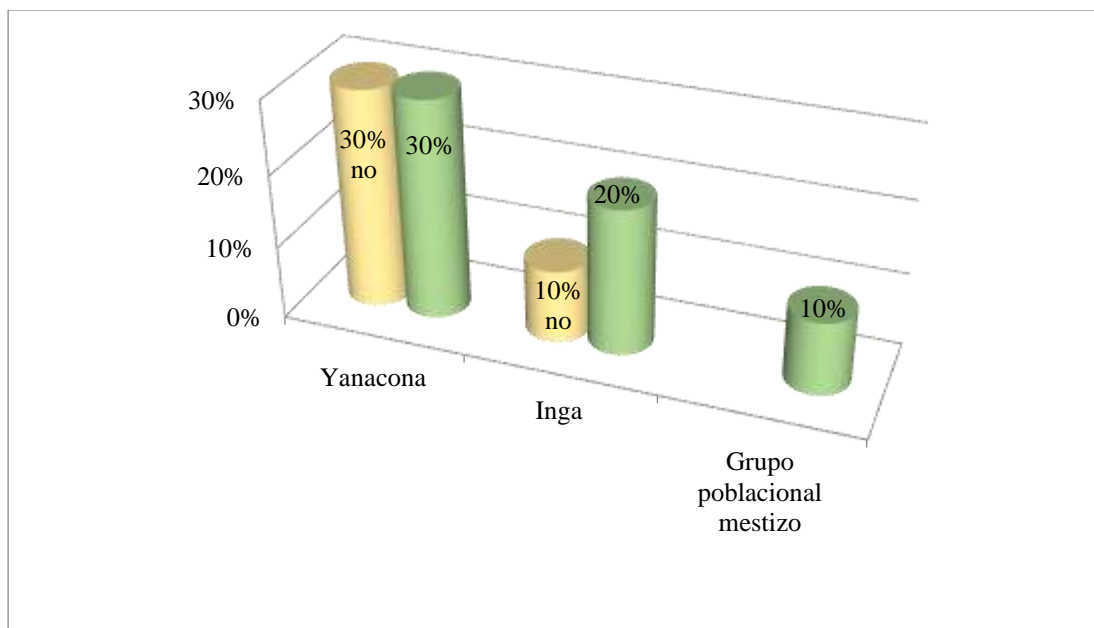


Fuente propia (2019) de los datos obtenidos en trabajo de campo.

Las diez niñas vacunadas contra el VPH, pertenecen a los siguientes grupos étnicos predominantes en el lugar: el 60% pertenecen al grupo Yanacona, el 30% al grupo Inga y el 10% al grupo poblacional mestizo. En algunos casos encontré un dilema en cuanto a que la identidad étnica de las niñas no corresponde con su fenotipo ni con la identidad étnica de sus padres; por esto me remití a la línea de parentesco por consanguinidad de primer grado, es decir a sus padres con quienes no tuve el dilema mencionado.

En los mecanismos usados para prevenir la infección causada por el VPH, además de la vacuna preventiva, está la educación en una sexualidad responsable, por esto, teniendo en cuenta que la edad promedio de las niñas es de 15 años, se les preguntó sobre si tenían vida sexual activa, ante esta pregunta el 60% de ellas respondieron afirmativamente y el 40% negativamente. Debido a estas respuestas la siguiente figura ilustra el inicio de actividad sexual por grupo étnico.

Figura 9. Vida sexual activa en menores de edad por grupo étnico en Descanse.

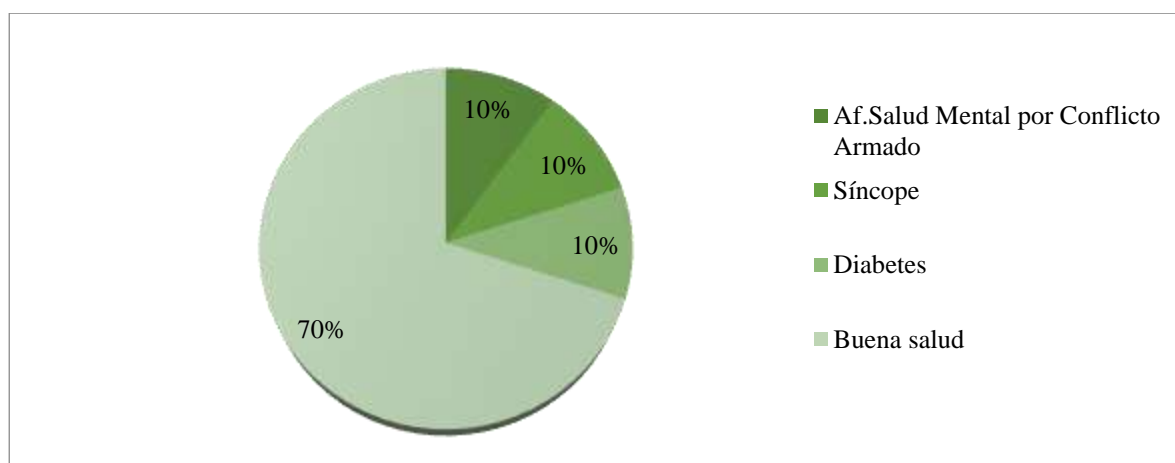


Fuente propia (2019)

En esta figura se puede apreciar que en el grupo Yanacona que es el 60% de la muestra, hay un porcentaje del 30% que tiene vida sexual activa contra el 30% que aún no la ha iniciado. En el grupo Inga, que es el 30% de la muestra, indica que el 20% es activa sexualmente, contra el 10% que aún no lo es. En el grupo poblacional mestizo, que es el 10% de la muestra, todas tienen vida sexual activa.

La salud en la población descanseña en general es buena. Indagando a las familias de las niñas vacunadas contra el VPH, se encontraron los resultados que se ilustran en la siguiente figura.

Figura 10. Salud familiar de las niñas vacunadas contra el VPH



Fuente propia (2019) de datos obtenidos en campo.

En la figura 11, indica que el 70% de las familias de las niñas vacunadas, goza de una buena salud, el 10% tiene afectación de su salud mental debido al paso del conflicto armado por el territorio descanseño, el 10% sufre de síncope pero con poca frecuencia y el 10% tiene un familiar con diabetes.

El promotor de salud de Descanse se refirió a la salud de la población de Descanse, de la siguiente manera:

De los 1.500 pobladores hay solo 3 hipertensos. La tensión del 80% de la gente, está en 120-80 y la tensión de los indios de Condagua, son ingas, es como de niños en un 95% de esa población indígena; ellos en sus prácticas de alimentación no consumen sal comercial, comen ají, cosas naturales de la selva como callambas que son una especie de champiñones, también hormigas arrieras, una especie de gusanos; muy seguramente por eso ellos no tienen diabetes ni hipertensión. (Descanse: Entrevista FSP2, 2018).

Jornada de vacunación contra el VPH en Descanse.

A partir del año 2013 se implementó el PAI jornadas de vacunación contra el VPH, nueve niñas fueron vacunadas en la Institución Educativa y solamente una de ellas fue vacunada en el puesto de salud de Descanse.

A la Institución Educativa Agrícola Fray Isidoro de Montclar colegio también llegó el programa de vacunación masiva contra el Virus del Papiloma Humano (VPH)

Fotografía 7. Institución Educativa Agrícola Fray Isidoro de Montclar de Descanse



Fuente: Piedrahita 2018

En el corregimiento de Descanse, después de vacunar contra el VPH a 12 niñas, diez de ellas que habitan en el lugar no presentaron reacciones graves. Solamente una de ellas refirió un dolor en el corazón después de un mes de la aplicación de la vacuna contra el VPH; pero desapareció el malestar.

Debido a que en Descanse no hubo reacciones adversas graves después de las jornadas de vacunación, se escogió ese lugar. A continuación se presentan las percepciones de algunas personas, habitantes del corregimiento, en las cuales dicen las razones para que no se presentaron reacciones adversas.

La buena salud del pueblo de Descanse

La población descansenña en general tiene buena salud y los elementos que pueden influir en ella, según sus habitantes, son los siguientes:

Alimentación

Cultivan los productos que consumen, haciendo prácticas agrícolas saludables, pues impulsan la cultura orgánica. Una madre de familia dijo: “Consumimos alimentos propios, sin químicos ni fumigaciones”, hablando de las huertas caseras donde cultivan los alimentos para consumo. El promotor de salud también hizo referencia a la sana alimentación:

Las vacas, pastan en potreros de suelos fértiles sin hormonas; los pollos son criados con desperdicios de cocina y sin hormonas. Los tubérculos, las frutas y verduras son cultivados sin abonos químicos ni fumigadas con insecticidas. El agua es de acueducto veredal, viene de la cañada que se llama La Santa Rita, es agua potable sin tratar y trae todos los elementos minerales.

(Descanse: Entrevista FSP2, 2018).

La formación del carácter

La negación al dolor es algo cultural en la comunidad descanseña, esto se puede reflejar en frases dichas por niñas que fueron vacunadas contra el VPH, como “uno en la vida tiene que hacer cosas muy fuertes”. “Soy fuerte porque toca aguantar, tampoco hay con quién quejarse”

La actividad física, no hay sedentarismo

En esa zona rural las únicas vías de comunicación son los caminos de herradura, la población más cercana para tener posibilidad de usar vehículos de motor están a 8 horas hacia el sur, Mocoa, y a 10 horas al norte que es Santa Rosa. El único medio de transporte son las bestias caballar (*Equus caballus*) y mular (*Equus mulus*).

Todas las niñas encuestadas manifestaron que además de caminar y movilizarse por todas las zonas veredales, practican algún deporte y que todos los domingos tienen campeonatos de fútbol, baloncesto y microfútbol.

Aman la naturaleza y practican bastante actividad física en ella. Una de las niñas dijo: “salir a jugar, a caminar, aunque sea para ir a apartar, ¿quién no ha corrido detrás de los terneros? tenemos buena relación con los animales y la naturaleza”. Otras frases que se refieren a los mismos argumentos son:

“estas niñas tienen buenas defensas por la alimentación, también son guapas para aguantar el dolor” (Descanse: MF1, 2018).

“La vida del campo es más relajada, la naturaleza invita a estar relajada. La vida no es complicada en ningún sentido, hay más paz desde el vientre” (Descanse: MF7, 2018).

El promotor de salud de Descanse atiende también a los habitantes de la vereda “El Cascajo” argumentaba que las no reacciones adversas a ninguna vacuna y la buena salud de la población en general, puede deberse al no sedentarismo, a la alimentación, al agua y a la calidad del aire.

El cumplimiento de los protocolos en las jornadas de vacunación

Las jornadas de vacunación en el corregimiento de Descanse se llevaron a cabo cumpliendo estrictamente los protocolos diseñados e impartidos por el INS, tanto el control de la línea de frío para el biológico como el mantenimiento del lugar para su almacenamiento y el orden en la aplicación de la vacuna anti VPH.

Proyectos de desarrollo en el corregimiento de Descanse

En el corregimiento de Descanse, antes de las jornadas de vacunación contra el VPH, tenían la atención centrada en la construcción de la vía carreteable que les permita comercializar sus productos; debido a que no hubo ningún impacto negativo después de las jornadas de vacunación, la comunidad continuó con el proyecto.

A continuación se dejará el corregimiento de Descanse, ubicado en el municipio de Santa Rosa, al sur del departamento del Cauca, para pasar a mirar los dos casos de las niñas que enfermaron después de la inoculación de la vacuna anti VPH que sucedieron en el municipio de Popayán, en el centro del departamento del Cauca.

4.2.2 La historia de Lucía en la vereda Calibío, municipio de Popayán

Para proteger la identidad de la niña y de sus familiares, actores del presente caso, les he cambiado sus nombres. Lucía Díaz es una niña que nació el 30 de noviembre del 2003 que por línea parental es de fenotipo zambo, ella vive en la vereda Calibío.

La vereda Calibío está ubicada al norte del municipio de Popayán, este municipio según la información encontrada en el MSPS (2016), tiene una “extensión de 54,021 Km² con Altitud sobre el nivel del mar de 1737 metros y Temperatura promedio: 19°C. Limita al norte con los municipios de Cajibío y Totoró; por el Sur con Sotaró y Puracé; por el Oriente con Totoró, Puracé y el Departamento de Huila y por el Occidente con El Tambo y Timbio” (p.18)

Prácticas agrícolas de la familia de Lucía

Los ingresos económicos de la familia de Lucía provienen de la comercialización de sus productos agrícolas, por lo tanto, depende de las cosechas y estas a su vez dependen del clima. Los productos que cultivan son el café (*Coffea arabica*), yuca (*Manihot esculenta*), plátano (*Musa paradisiaca*), piña (*Ananas comosus*), naranja (*Citrus sinensis*), caña panelera (*Saccharum officinarum L*), aguacate (*Persea americana*), guayaba (*Psidiumguajava*), frijol (*Phaseolus vulgaris*), entre otros. Las técnicas usadas son la siembra a mano, desyerbas con pala y a mano. Debido a que la mano de obra incrementa los costos de producción, han usado un producto de Monsanto, el herbicida *Roundup*® que tiene como ingrediente activo el glifosato.

Para su alimentación usan productos de pancoger cultivados en sus huertas y la proteína se obtiene de las aves de corral (*Gallus gallus domesticus*), porcino (*Sus scrofadomesticus*) y curies (*Cavia porcellus*), principalmente.

La comercialización de estos productos dependen de la oferta y la demanda como también de los precios del mercado, con lo cual no se garantiza que este ingreso sea constante; normalmente es un ingreso inconstante e insuficiente para atender las necesidades básicas de la familia.

Vive en una pequeña casa con su padre Franco Díaz porque su madre, vive con otro hombre en la población de Morales, al norte del departamento del Cauca. Viven junto a la casa de su abuela quien representa la figura materna para la niña. Esporádicamente hemos ido a Calibío con mi esposo donde hemos tenido la oportunidad de disfrutar la compañía de Lucía que siempre nos recibía con mucha alegría, con tanto cariño y siempre se mostraba activa y entusiasta con todo lo que hacía pues se daba el lujo de derrochar su energía de vida. Ella es alumna de la Institución Educativa Calibío que trabaja con el calendario académico A, comprendido entre los meses de enero a noviembre.

Un día de diciembre del 2014 fuimos a visitar la familia pero Lucía no nos recibió porque se encontraba hospitalizada en la Clínica la Estancia en Popayán, desde hacía varios días.

¡Todo esto es por esa vacuna!

En ese día, su abuela, Lucero Díaz que es una mujer de 72 años (nacida en 1947) narró la siguiente historia:

En abril, [del 2014] a Lucía le aplicaron una vacuna dizque contra el cáncer, en el colegio. Ese día la niña llegó con mucho dolor que luego se le pasó pero desde octubre, mi niña, empezó con una hinchazón en la cara, perdió el movimiento de labios y de mandíbula, tiene las coyunturas hinchadas [inflamación en las articulaciones] y está cada vez más enferma al punto que la comida toca que dársela licuada porque no puede mover la boca y peor con esos brazos torcidos [en modo de tijeras] y las muñecas inflamadas ¡que no puede agarrar nada! Me da una pena verla así [sollozos]. De verla que grita del dolor y no puede dormir de los puros dolores, la llevamos a un médico dizque tradicional que vive en Piendamó, se llama Santiago y es jovencito tiene 27 años, nos lo recomendó un vecino, pero lo único que ha hecho es darle unas pepas blancas y vitaminas que no le calman los dolores. El doctor Santiago la trató desde finales de octubre y todo el mes de noviembre, pero no sirvió, por eso mi otra nieta se la llevó para la Clínica la Estancia, en esta semana. Yo si digo que todo esto es por esa vacuna!

La negación de la comunidad médica a asociar los efectos con la vacuna anti VPH

Doña Lucero asociaba la enfermedad de su nieta con lo que escuchó en las noticias en agosto de ese mismo año sobre las reacciones del grupo de niñas en el Carmen de Bolívar. La comunidad médica nunca asoció la enfermedad de Lucía como efecto adverso de la vacuna anti

VPH, por lo cual no reportaron el caso con el informe ESAVI ante el Servicio de Salud Municipal.

Sobre el consentimiento informado para inmunizar a las niñas

El Colegio no les informó a los padres de familia ni a las niñas sobre ese procedimiento, como tampoco hizo firmar el consentimiento, pues la ley 1626 del 30 de abril del 2013 ordenaba que la vacuna era gratuita y obligatoria.

La abuela recalcaba que a la niña la vacunaron sin pedir “permiso” a su papá y que tampoco les explicaron para qué sirve la vacuna ni de sus posibles efectos secundarios.

Relación médico-paciente en la Clínica

A Lucía la internaron en la Clínica la Estancia; la fui a visitar y ella estaba postrada en una cama somnolienta por los calmantes. Tenía sus articulaciones inflamadas y enrojecidas como si tuviera una bomba inflada por dentro de ellas; también las tenía dobladas y muy rígidas. Todo su cuerpo estaba agarrotado, ni siquiera podía mover la mandíbula para hablar o comer. Le pedí al médico de turno que me dijera el diagnóstico de la niña ante lo cual me trataron con mucha indiferencia, entonces le pedí que permitiera revisar los exámenes practicados a Lucía y él se negó. Yo les informé a los médicos que la niña fue vacunada contra el VPH en abril y que a lo mejor era un efecto adverso, pero me dijeron rotundamente que esa no podía ser la causa.

Pasaban los días en la clínica y la abuela siempre les repetía a los médicos “*¡Todo esto es por esa vacuna, porque mi niña estaba bien y después de la vacuna ella enfermó*”, pero los médicos trataban con mucha indiferencia a los familiares y no querían escuchar sobre la posible relación entre la vacuna y la enfermedad de la niña, nunca escucharon ni a la abuela ni a su padre. A Lucía no le habían dado un diagnóstico, estaba enferma pero no sabían de qué o por qué.

La tenían con tratamiento para la inflamación y para el dolor. El médico dijo que ya no podían hacer más, pues la inflamación y el dolor no cedían y que ya le daban salida pero un requisito para hacerlo es que le tenían que diagnosticar algo y así decidieron que por el cuadro clínico, esto es por los signos visibles, le diagnosticaron reumatismo infantil manifestado en artritis reumatoide.

Esto me llamó mucho la atención, pues Lucía solo tenía 11 años. Pedí el favor que me permitieran ver los exámenes de laboratorio en los cuales se basaron para el diagnóstico porque yo tengo experiencia con esa enfermedad y conozco muy bien los exámenes y estudios que se realizan para detectar la evolución de ella, pero se negaron.

Les pedí que le explicaran al padre de la niña sobre su diagnóstico, ante lo cual dijo que ya lo había hecho y que “ellos no entienden” dijo el doctor. Entonces redacté un permiso por escrito y firmado por el padre de Lucía para solicitar información de la niña y de esa manera el doctor accedió.

Revisé la historia clínica de Lucía con cada uno de los estudios pero los exámenes de laboratorio no salieron positivos para tal enfermedad, todos mostraron valores dentro de los rangos normales que no indicaban que la niña tuviese artritis reumatoide. Entre los exámenes están: las Pruebas inmunológicas o Factor reumatoide o Anticuerpos antinucleares: Anticuerpos anti-DNA, Anticuerpos anti-ENA o Anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (ANCA) o Anticuerpos antifosfolípido (AAFL), todos ellos estaban normales. Pero los exámenes que indican inflamaciones conocidos en la comunidad médica como Reactantes de fase aguda: Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) y Proteína C reactiva (PCR); indicaban que la inflamación estaba aumentando considerablemente.

En el prospecto de la vacuna Gardasil anuncia que uno de los posibles efectos adversos es el *síndrome de Guillain-Barré* cuyo cuadro clínico es muy similar al de la artritis reumatoidea. A Lucía no le hicieron pruebas para descartarle el síndrome, solo le hicieron pruebas buscando verificar una artritis reumatoidea para lo cual los exámenes fueron negativos.

“¡La niña no tiene nada!”

Nunca pudieron darle un diagnóstico preciso, pues los exámenes para artritis reumatoidea infantil salieron negativos por lo tanto no tenían diagnóstico ni tampoco el tratamiento adecuado pues cuando no consumía los medicamentos que la mantenían en un estado somnoliento, ella gritaba del dolor. Estuvo casi tres semanas hospitalizada con calmantes contra sus fuertes dolores y antiinflamatorios. Le dieron salida de la Clínica sin un diagnóstico preciso y aún con una invalidez parcial de sus miembros superiores e inferiores y la incertidumbre de la familia sobre la manera de atenderla en casa. Se sentían desatendidos por la comunidad médica y por el Estado porque clasificaron la enfermedad de Lucía como una enfermedad aislada de la vacuna contra el VPH con lo cual no se hicieron responsables de la salud de la niña, en palabras de la abuela:

Le dieron salida de la clínica, ella estaba malita. Yo le pregunté al doctor, ¿qué tiene la niña?; entonces me contestó “¡La niña no tiene nada!” por eso hay que darle salida. Como quien dice, es problema de ustedes. Ustedes verán que hacen. Entonces con miedo, con tristeza y sin saber qué hacer, nos trajimos a la niña inválida, con muchos dolores, con muletas y silla de ruedas. Así terminó diciembre del 2014. (Calibío, Lucero, 2014).

En el sistema de salud colombiano los trámites de servicio son muy demorados, Lucía no fue la excepción; a ella le ordenaron terapia física pero su aprobación se demoró seis meses en

trámite, cuando la aprobaron le ordenaron el servicio en un hospital de la ciudad de Barranquilla, esto le suponía un traslado desde el sur de Colombia hasta el norte, de extremo a extremo del país a 24 horas en transporte terrestre. La EPS que la atendió fue Caprecom.

Afectación psicológica

En octubre del 2014, a los seis meses de que vacunaran a Lucía, su salud se deterioró tanto que le afectó de manera importante su estado de ánimo pues estaba muy decaído, no sostenía la mirada, parecía que se quería dejar morir y obviamente su imagen era otra, no era la misma niña alegre y activa que nos recibía cuando llegábamos a visitarlos. Se notaba que estaba muy afectada tanto física como psicológica y espiritualmente. Su madre narraba de una manera preocupante lo que le repetía su niña “mamita, ¿por qué me tiene que pasar esto a mí?” a esta pregunta su madre no tenía ninguna respuesta. La niña proseguía...” ¿mamá me voy a quedar así?, mamita yo me quiero morir”; esas preguntas y frases las repetía con mucha frecuencia a su madre y a su abuela. Así trascurrieron los años 2014 y 2015.

Su estado psicológico se puede relacionar con el caso de dos niñas de 10 y 13 años del Carmen de Bolívar que intentaron suicidarse. El periódico *El Herald* (2015) publicado el 24 de junio del 2015, registró el hecho de la siguiente manera: “Dos adolescentes que hacen parte del centenar de niñas de El Carmen de Bolívar que experimentan extraños síntomas después de haber sido vacunadas contra el virus del papiloma humano (VHP), intentaron suicidarse. Ambas se encuentra hospitalizadas y en delicado estado de salud”.

Afectación académica

Lucía suspendió sus actividades académicas en octubre 22 del 2014, estaba terminando cuarto grado de primaria y lo aprobó porque es muy juiciosa en su estudio; pero debido a su delicado estado de salud no pudo matricularse para el grado quinto en el 2015 lo hizo para el 2016. En

diciembre del 2014, con mucha nostalgia Lucía dijo: “mi primo Yesid se me adelantó”. Su primo Yesid era compañero de estudio, compartían el mismo curso pero ahora está en sexto y Lucía en quinto de primaria.

Fotografía 8. Lucía escribiendo. Año 2016.



Fuente: Hurtado, 2016, trabajo de campo.

Medicina tradicional en la atención de Lucía

Un vecino les aconsejó que fueran a buscar al médico tradicional que lo llaman “don Clemente” que atendía en la vereda Betania del municipio de El Tambo en el Departamento del Cauca. Don Clemente busca el diagnóstico de la enfermedad “mirando los orines del paciente y una foto” dijo Franco Díaz, el padre de Lucía, quien narró la siguiente parte de la historia:

Un día de enero del 2015, agarré mi amoto y me fui a las 2 de la madrugada con los orines de Lucía a buscar a don Clemente. Llegué a la vereda Betania todavía oscuro y ya había gente

haciendo cola. Cuando me atendió, miró los orines y dijo que Lucía tenía cáncer en los huesos y me hizo ver partes de los huesitos desbaratados en la orina y que eso no era reumatismo. Se les están acabando los glóbulos rojos y entonces empezó a hacer combinaciones de unas aguas, echó gotas de aquí para allá y de allá para acá, las revolvió con otras gotas amarillas. Me explicó que eran extractos de plantas de lo caliente, de lo frío, de raíces cocidas y de otras cosas. El preparado lo tenía que beber cada hora. Ese día volví a la casa y Lucía empezó el tratamiento, ese fue el día en que Lucía pudo dormir la noche completa sin gritar por sus dolores. Don Clemente me la trató por ocho meses, yo iba cada vez que se estaba terminando el agua, llevaba los orines y la foto. Gracias a esas aguas la niña está mejor. Pero teníamos que conseguir a alguien que le hiciera terapias para activar los movimientos de los pies, de las piernas, de brazos y manos; entonces me hablaron de don José Muse que vive en Belalcazar al norte del Cauca, tiene permiso del CRIC para trabajar y también es médico tradicional porque trabaja con plantas, ese señor sí sabe de plantas, con Lucía utilizó 300 plantas y decía “todo lo que usted pisa, cura”. Reza y conjura las plantas, “soba con secreto”, le pide al Duro [Dios] rezando los salmos 83 y 84. Luego le sobaba las articulaciones con pomadas, con aceites de marihuana, de coca, y otros, también rezaba; la hacía llorar porque la colocaba sobre una tabla y ahí la enderezaba...pero la curó y pudo caminar. (Calibío, Franco, 2016)

Afectación económica

Durante el año 2015, el amor que movía a la familia de Lucía hizo que buscaran todo tipo de ayuda con la medicina occidental llevándola y trayéndola del hospital de Popayán, buscando atención en medicina tradicional y en medicina espiritual con los médicos tradicionales como Don Clemente que es especialista en medicina oriental y don José Muse que es médico Tewala

autorizado por el CRIC del pueblo nasa. En estos tratamientos invirtieron todos sus pocos recursos económicos obtenidos de sus actividades en el campo, especialmente de la producción del café.

Lucía ya está un poco mejor, ha recuperado algunas capacidades como la escritura y el movimiento de sus piernas que le han permitido retomar parcialmente sus actividades, aún presenta dolores e inflamación en sus codos, rodillas, tobillos y en sus manos como lo podemos ver en la *Fotografía 8*; pero aún consume los siguientes medicamentos: Metrotexate, prednisolona, omeprazol, ácido fólico y semanalmente le aplican una inyección de EtanAr de 25mg de laboratorio La Santé, cada una de ellas cuesta \$350.000, el costo de su tratamiento para un mes es de \$1.400.000, es una inyección que debe permanecer refrigerada hasta su consumo; estos medicamentos son ordenados por el reumatólogo pediátrico.

Su abuela comenta la historia vivida buscando mejorar la salud de Lucía:

La mamá la tiene que llevarla a Cali para que el especialista le dé la orden para la droga [medicamentos] para unas inyecciones y unas pastas. Si no le autorizan esa droga entonces toca que comprárselos porque si ella no los toma, se pone muy mal, y ahí tiene el problema, empieza a decir que le duelen las rodillas, que la cintura, que los brazos y se pone así como songuita [decaída y débil] y no puede ni ir al colegio, no se puede ni levantar. Y como ahora no han ido al señor [médico tradicional] que le da las aguas, no se ha podido ir por falta de plata, pues entonces toca que acudir a la droga. Y según dicen eso es de por vida. Pero eso está como grave, porque esa medicina es muy brava [tiene efectos secundarios], no es como la medicina tradicional que ella llega y pasa. Con tanta droga que ha tomado ya debiera estar sana o con menos droga, pero no. Cuando el papá puede ir por las aguas entonces no se le dá la otra droga y se mantiene calmada. Ese médico tradicional que atiende en Leticia, los límites

del Cauca con el Huila, él cura hasta el cáncer hay gente que va a quedarse allá hasta que la curan. Por ahora no podemos ir porque no hay pesos. Yo le tengo más fe a las aguas.

(Calibío, Lucero, 2019)

En la *Fotografía 9*, de Lucía tomada en noviembre 21 de 2016, se puede observar la inflamación de los cartílagos articulares de los dedos en su manos derecha e izquierda. Después de la crisis en su salud durante los años 2014 y 2015 debido a que su salud se deterioró después de haber sido inoculada con la vacuna contra el VPH, las manos de Lucía aún siguen afectadas.

Fotografía 9. Manos de Lucía. Noviembre 21 de 2016.



Fuente propia (2016)

Ahora, en el año 2019, Lucía aún tiene afectadas sus articulaciones que le impiden desarrollar sus actividades normalmente, por ejemplo la profesora de educación física la retira de todas las actividades porque le dice “*salga del grupo porque usted no puede*”, narra Lucía.

Continué mi búsqueda de manera informal de más casos de niñas que hubiesen enfermado después de las jornadas de vacunación en el municipio de Popayán, debido a que en la Dirección Departamental de Salud del Cauca no hay casos reportados.

En el municipio de Popayán encontré un segundo caso, en la ciudad capital del departamento del Cauca. Se trata de la niña a quien la llamaré Julieta Muñoz.

4.2.3 La experiencia de Julieta en la ciudad de Popayán

A la Institución Educativa San Agustín, de la ciudad de Popayán, capital del departamento del Cauca también vacunaron a todas las niñas, entre ellas a Julieta. Fue inoculada con la segunda dosis de la vacuna contra el VPH en mayo del 2014, la niña tenía 14 años. Recibió dos dosis por insistencia de su madre; ella me permitió entrevistarla en noviembre 17 de 2017 en su casa de residencia en la ciudad de Popayán. A la madre de Julieta no le gusta hablar del tema porque dice que se siente muy incómoda al hablar de esto y porque el solo hecho de recordarlo le da mucha tristeza y rabia; ella solo dio una entrevista no fue posible realizar más porque tampoco es correcto presionarla para que lo haga. Así narró los hechos:

Cuando supe que había salido una vacuna para prevenir el cáncer, yo me alegré mucho; pero cuando supe que la iban a poner gratis, me alegré mucho más. Por eso me puse feliz cuando le pusieron la primera dosis. Aplaudí esa decisión del gobierno. (Popayán: Madre de Julieta, 2017).

Julieta era una de las mejores estudiantes de todo el colegio, ella todo lo cuestionaba y esa curiosidad la llevó a indagar sobre la vacuna, ante lo cual ella se negaba a ponerse la segunda dosis, pero su madre le insistió:

Julieta no quería dejarse poner la segunda dosis y yo la obligué, la amenacé con castigarla si no lo hacía. Es más, le saqué la orden de apoyo para la tercera dosis. (Popayán: Madre de Julieta, 2017)

Al mes de haberse puesto la segunda dosis, Julieta se enfermó. Evocar ese momento es muy doloroso para su madre, ahí se le quiebra la voz, hay llanto, se siente culpable por la enfermedad de su hija.

Relación médico-paciente en la atención de Julieta

La niña comenzó con mucho dolor en las articulaciones superiores a partir de los hombros hasta los dedos. Al pasar las horas la inflamación en las articulaciones se hizo más prominente y empezaron a deformarse, entonces su madre la llevó a urgencias al hospital San José de la misma ciudad:

Ver sus brazos era como ver ¡una varilla retorcida! Cuando llegué al consultorio del médico él me preguntó: ¿qué tiene la niña?

Yo respondí: no sé...

¡Cómo que no sabe, entonces por qué viene a un hospital! me gritaba el médico.

Yo le dije, pues doctor mírele los brazos.

Me dolía ver el dolor de mi hija y más encima ese médico que nos trató mal, luego dijo que eso no era urgencia que la tenía que llevar donde un especialista.

(Madre de Julieta: Popayán, 2017)

Así, su madre la sacó del hospital y la llevó donde un especialista que a su vez la remitió a un neurólogo. Con todos los médicos se repetía la misma historia sobre el diagnóstico de la niña:

Ninguno de los médicos sabía qué escribir en el diagnóstico. Para darle salida le escribían cualquier cosa. Y todos me respondían lo mismo: “Yo no sé qué tiene tu hija”. (Madre de Julieta: Popayán, 2017).

Ella se sentía agredida con la indiferencia y los malos tratos, así como de la ignorancia del cuerpo médico al no encontrar un diagnóstico para su hija, entonces buscó otras alternativas médicas.

Medicina tradicional en la atención de Julieta

La madre de Julieta debía tomar una decisión entre continuar buscando ayuda en la medicina alopática o trasladarse a la medicina tradicional. Así ella decidió buscar la ayuda de un médico tewala de la comunidad nasa que vive en Totoró, él con plantas logró ayudar a la niña “desintoxicándola” y mejoró su salud. Sin embargo ahora en el 2019 ella tiene ovarios poliquísticos y está en tratamiento ginecológico para ello. Así la niña, pudo volver a sus actividades normales, especialmente las académicas pues en su colegio los profesores registraban sus ausencias y notaban el bajo rendimiento académico. Hubo una sola profesora que se solidarizó con la niña, fue su profesora de inglés, ella la ayudó, la motivó a que se recuperara. Julieta, retomó su fuerza psicológica y con tenacidad logró terminar su bachillerato, obtuvo un meritorio puntaje en las pruebas ICFES y se hizo merecedora del programa “ser pilo paga” que le costea sus estudios en la Universidad de los Andes en la ciudad de Bogotá. Julieta eligió su

carrera para ayudar a las personas y a las mujeres que comparten su misma experiencia de enfermar después de la aplicación de la vacuna; ella está estudiando medicina.

Como podemos observar en el municipio de Popayán, departamento del Cauca, tenemos dos casos de niñas que enfermaron después de unos meses de aplicada la vacuna contra el VPH. Tenemos el caso de Lucía Díaz en la zona rural y el caso de Julieta Muñoz en el casco urbano. Ellas coinciden en las siguientes situaciones: las dos niñas recibieron una atención inadecuada por parte de la comunidad médica alopática quienes no reportaron el ESAVI a la Dirección Departamental de Salud. Las dos niñas hasta ahora, en el año 2019, continúan atendiendo sus problemas de salud generados a partir del evento de salud sucedido en el año 2014, esto es a partir de la segunda dosis de la vacuna contra el VPH.

Cuando se habla del *evento* hago referencia a la definición plasmada por el MSPS en su programa SIVIGILA (en línea), la cual dice:

Los eventos en salud son el conjunto de sucesos o circunstancias que pueden modificar o incidir en la situación de salud de una comunidad (enfermedad, factores protectores, discapacidad, muerte, factores de riesgo y otros determinantes)

Continuando con la búsqueda del impacto social del evento en salud generado a partir de la aplicación de la segunda dosis de la vacuna anti VPH nos trasladamos desde el departamento del Cauca, situado al suroccidente de Colombia, al departamento de Bolívar ubicado en la costa norte colombiana. Vamos específicamente al municipio de El Carmen de Bolívar.

4.2.4 La experiencia en el municipio de El Carmen de Bolívar

En agosto del año 2014, hubo un cubrimiento mediático sobre una reacción “psicógena masiva” de un grupo de niñas, todas de un mismo colegio que por estar jugando a la tabla ouija estaban posesas por espíritus malignos que les generaban convulsiones, desmayos y otros males.

Este brote³ sucedió al norte de Colombia, en la región Caribe. A ese evento de salud se le dio un carácter psicológico colectivo. Esta imagen fue la que circuló por todo el territorio colombiano hasta nuestros días.

Por esa misma época en el sur de Colombia, en el departamento del Cauca, en la vereda Calibío, la familia de Lucía Díaz experimentaban la incertidumbre por el estado de salud de la niña que se estaba deteriorando con el paso del tiempo, los médicos ni siquiera acertaban con un diagnóstico con lo cual únicamente le administraban calmantes, nadie podía determinar la enfermedad de la niña, hasta que la abuela Lucero relacionó el caso de Lucía con las reacciones de las niñas del Carmen de Bolívar, pues tienen algo en común y es la inoculación de la vacuna el VPH. Entonces esta relación entre el caso de Lucía con las niñas de El Carmen de Bolívar llamó mi atención para hacerla objeto de la presente investigación.

En el municipio de El Carmen de Bolívar, en sus veredas y corregimientos, en general en los Montes de María, al igual que en todo el territorio colombiano, llegó la implementación de la vacunación anti VPH, con el esquema de tres dosis, en la población femenina en el grupo etario entre 9 y 14 años. Durante “las tres fases de la vacunación se aplicaron 9139 dosis de vacuna contra el (VPH), de las cuales 57,8 % se administró como primera dosis, el 35,9 % como segunda dosis y 6,4 % como tercera dosis” (INS, 2015, p.26). Esto significa que fueron aplicadas 5.282 vacunas en la primera dosis, 3.281 en la segunda dosis y 576 en la tercera dosis. El esquema de vacunación de tres dosis no se llevó a cabo plenamente debido a las reacciones

³Brote: Ocurrencia de un número de casos de un daño particular en un área y en un tiempo dados, mayor que el número de casos esperados, relacionados y limitados en tiempo y espacio. (MSPS.Biblioteca Digital, en línea)

presentadas en la segunda dosis. Según los registros de padres de familia, hay que recalcar que aproximadamente 1.150 niñas enfermaron a partir de la segunda dosis.

La reacción de las niñas de esta comunidad ante la vacuna anti VPH después de la segunda dosis, marcó un hito nacional e internacional que ha dado origen a un caso muy especial que es importante explicar de manera detallada. Motivada por esta razón me desplazé desde Popayán, en el departamento del Cauca ubicado al sur de Colombia, hasta el Carmen de Bolívar ubicado en la región de la Costa Caribe al norte de Colombia.

Cuando estuve en Carmen de Bolívar tuve una gran facilidad para hablar con personas del cuerpo social afectado por este evento, pues en general todas las personas conocen a alguna niña que enfermó después del evento de la vacunación, ya sea porque es hija, familiar, amiga o conocida debido a que el cuerpo social afectado es grande conformado por más de un millar de niñas y sus familias habitantes de El Carmen de Bolívar y los Montes de María. En las conversaciones me pedían que visitara al menos la población más cercana, así fui a Caracolí que está ubicada a 20 minutos al occidente de El Carmen de Bolívar usando una moto como medio de transporte. En Caracolí me pidieron que también visitara otras poblaciones de Los Montes de María afectadas, pero mis recursos económicos no me lo permitieron ya que mi trabajo de campo fue costado con recursos propios los cuales son limitados. Las personas con quienes tuve la gran oportunidad de hablar fueron muy generosas en su tiempo y en narrar en detalle sobre el evento sufrido por ellos y a cambio me pidieron que su situación fuera visibilizada porque los medios de comunicación nacional “se hacen los sordos y ciegos igual que el gobierno”, dijeron. Ellos se sienten solos abandonados a su suerte a partir del año 2014, principalmente.

Línea de tiempo de la vacuna anti VPH en el municipio de El Carmen de Bolívar

El recorrido en el tiempo, realizado por la vacuna anti VPH en El Carmen de Bolívar que es uno de los municipios de Los Montes de María se puede ilustrar en la tabla 7.

Tabla 7. Línea de tiempo de la vacuna anti VPH en Carmen de Bolívar.

Años	Evento
2013	Julio: se aplicó la primera dosis de la vacuna anti VPH en el territorio de los Montes de María. Algunas niñas tuvieron efectos, pero fueron casos aislados.
2014	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="480 1087 1403 1276">a. Marzo de 2014. Aplicaron la segunda dosis, usando las instalaciones de las Instituciones Educativas del casco urbano y de las zonas rurales. <li data-bbox="480 1308 1403 1707">b. Mayo de 2014. Las niñas inoculadas empezaron a deteriorar su salud. Más de 1.100 niñas en las veredas, corregimientos y zona urbana del municipio de El Carmen de Bolívar del departamento de Bolívar, enfermaron de manera masiva, entre ellas Dálida Estefani Picalúa Díaz Q.E.P.D., del Carmen de Bolívar, y Sofia Tovar Rocha Q.E.P.D., de la vereda Caracolí. <li data-bbox="480 1745 1403 1854">c. En mayo los padres de familia se agruparon en tres asociaciones de afectados y gestionaron la presencia del ministro de salud.

-
- d. En mayo el INS recibió la notificación del brote.
 - e. Junio de 2014. Se incrementaron los eventos de salud en las niñas.
El INS hace investigación de campo. Remitió un grupo de pacientes a Bogotá.
 - f. Julio de 2014. El pueblo hizo protestas públicas para pedir ayuda del gobierno colombiano. El director del INS y el ministro de MSPS visitaron El Carmen de Bolívar.
 - g. Agosto de 2014. Se presentaron brotes de manera masiva en los colegios urbanos y rurales.
Hubo cubrimiento mediático en el Carmen de Bolívar.
Segunda visita del director del INS y el ministro de MSPS.
El INS inició el estudio de brote. Evaluación por especialistas en toxicología.
 - h. Septiembre. Visita de MSPSP. El INS hizo la investigación epidemiológica de campo.
Muchos de estos casos no fueron reportados en el ESAVI nacional.
 - i. Reportes ESAVI nacional del año 2014, 831 casos.
-

2015

- a. Enero de 2015. El INS socializó el estudio de brote, realizado en Carmen de Bolívar, y argumentó que lo sucedido fue una reacción psicógena masiva por una percepción exagerada de los posibles efectos adversos de la vacuna anti VPH.
-

A partir de esa voz, del INS, se afectó la relación médico-paciente pues hasta ahora tratan a las niñas como “locas o falta de macho”. La salud de las niñas siguió desmejorando con afectaciones físicas, psicológicas, económicas y sociales. Creció la desesperanza en las niñas, se presentaron casos de intentos de suicidio.

- b. Junio 16. Sofía Tovar Rocha, Q.E.P.D. niña de 13 años de edad habitante de la vereda Caracolí, ingirió herbicida para terminar con su vida, ella falleció en junio 28 en la UCI del Hospital Infantil Napoleón Franco, en la ciudad de Cartagena. Una de las asociaciones de padres de familia reportó 930 niñas que enfermaron y entre ellas 12 intentos de suicidio.

-
- 2016
- a. En el Carmen de Bolívar el panorama no mejoró con el paso del tiempo. Situación agravada por la desatención y por falta de cumplimiento de los compromisos del MSPS, sumado a que el gobierno no ha sido garante en el respeto a los derechos humanos de las niñas.
- b. Diciembre 31, Dálida Estefani Picalúa Díaz, Q.E.P.D., de 16 años, habitante de la ciudad de El Carmen de Bolívar, falleció en la ciudad de Barranquilla, después de tres meses en la UCI de la Clínica del Norte.
-
-

2017	<p>Septiembre 26 la gobernación del departamento de Bolívar firmó un convenio con la Universidad de Cartagena para que determine la relación de la vacuna Gardasil con el desarrollo de las enfermedades de las niñas inoculadas. Costo del convenio: \$680 millones de pesos.</p>
2018	<ul style="list-style-type: none"><li data-bbox="477 667 1390 1138">a. En el municipio de El Carmen de Bolívar las niñas que enfermaron después de la segunda dosis de la vacuna anti VPH siguen enfermas. En el cuerpo social afectado se está viviendo una complicación en detrimento físico, psicológico, económico, familiar y social donde todo este entramado desencadena en un sufrimiento social y vulneración de derechos humanos. Más de 100 niñas han intentado suicidarse.<li data-bbox="477 1180 1390 1503">b. Mayo. La Universidad de Cartagena socializó los resultados de la investigación. No demostró la causalidad de la vacuna anti VPH con las enfermedades de las niñas inoculadas pero indicó de las consecuencias orgánicas y psicológicas desarrolladas después del evento de la aplicación de la segunda dosis de la vacuna anti VPH.<li data-bbox="477 1545 1390 1579">c. Diciembre. Reportes ESAVI nacional del año 2018, 0 casos.
2019	<p>Las niñas que presentaron cuadros clínicos adversos después de la inoculación de la segunda dosis de la vacuna anti VPH, en el año</p>

2014 aún siguen enfermas y sus familias deben buscar ayuda económica por diferentes medios, muchas veces sin éxito. El Estado se ha desentendido de la situación del Carmen de Bolívar, de los Montes de María y de los dos casos sucedidos en el Departamento del Cauca; muy seguramente de los casos en los demás departamentos del territorio nacional.

Fuente propia (2019) con información obtenida de Olivero-Verbel et al., (2018), INS (2015) y de entrevistas en campo (2018)

Voces que narran cuándo y cómo empezaron los cuadros clínicos adversos

Las voces manifiestan ciertos elementos comunes: primero la relación entre el MSPS y el Ministerio de Educación (MEN) para imponer la vacuna, esto muestra una invasión en el uso del derecho a la educación utilizado como medio para llegar a toda la población escolar y menor de edad. Segundo, que las niñas estaban sanas, gozando de una buena salud antes del evento de la inoculación de la segunda dosis de la vacuna anti VPH. Se seleccionaron algunos fragmentos de entrevistas realizadas a padres de familia y a niñas pertenecientes al cuerpo social afectado, tanto del área urbana y rural, ellos lo narraron de la siguiente manera:

PF1: La niña recibió dos dosis, en la primera dosis no pasó nada, no tuvimos ningún síntoma, en las niñas. Con la segunda fue que comenzó todo y las primeras que reaccionaron fueron las niñas del Espíritu Santo, las que decían que era la tabla, inicialmente 20 niñas.

(Carmen de Bolívar: PF1, 2018)

Docente: Todo comenzó en el año 2014, los primeros eventos que tuvimos con niñas afectadas presuntamente por la aplicación de la vacuna del VPH fueron en agosto. El

ministerio de salud hace presencia en el establecimiento educativo, vacunando a las niñas a través de la notificación de secretaría de educación municipal informando de que iba a hacer este proceso a través de las secretarías de salud municipal, que existe una obligatoriedad porque era con el propósito de proteger a las niñas en su salud, a futuro del cáncer de cuello uterino.

Autora: ¿entonces si hubo una relación entre el ministerio de salud y el ministerio de educación?

Docente: Si claro, porque es que se trata del mismo ministerio que está auspiciando este procedimiento de vacunación preventiva y ningún establecimiento educativo está en condiciones de oponerse a algo que supuestamente va a beneficiar a la salud de los niños y las niñas. La vacunación en ese entonces solo era para las niñas, creo que era para las de cuarto grado que oscilaran en una edad de 9 años en adelante.

Autora: ¿las niñas que fueron vacunadas han enfermado después?

Docente: Si, Nosotros en el año 2014 como le digo hemos tenido manifestaciones de las niñas en forma adversa presuntamente por la aplicación de la vacuna, nosotros llegamos a tener cerca de 80 niñas afectadas, esto era tremendamente caótico aquí en el colegio. No había forma de... cuando se afectaba una niña, como efecto domino me afectaba a otras.

Inicialmente fueron unas pocas, 20, 30 pero eso al principio era caótico, cuando a nosotros se nos presentaron esos episodios aquí, eran como efecto dominó, nos tocaba desescolarizar, nos tocaba, afortunadamente en esa época teníamos transporte escolar, y el transporte escolar se convirtió en ambulancia para el Carmen, vea eso era caótico; tanto así que cuando eso pasaba nos tocaba mandar a los muchachos porque no teníamos donde colocar a las niñas tiradas en

el piso, eso es terrible, eso nada mas de comentarlo ahorita ya no es como haberlo vivido, y durante todos los años hemos tenido desde el año 2014, 2015, 2016, 2017 y en el 2018 aún seguimos teniendo episodios adversos. (Caracolí: D, 2018).

La siguiente es la voz de una niña que manifiesta de manera nostálgica lo capacidad que tenía antes de la inoculación de la primera dosis de la vacuna anti VPH, para hacer actividades deportivas:

N2: Yo era una niña sana, alegre, divertida. Desde el 13 de julio de 2013 que me aplicaron la vacuna se me presentaron efectos secundarios que no eran míos. Antes yo podía hacer educación física, podía correr y todo y ahora en la actualidad no lo puedo hacer.

(Carmen de Bolívar: N2, 2018)

Un padre de familia compartió la siguiente experiencia de su hija y de la manera como la vacunaron y también lo hicieron sin tener en cuenta la opinión de los padres:

PF1: Hace aproximadamente unos 4 años [en el año 2014], llegaron aquí una jornada de vacunación, pero a los planteles educativos. La niña me comenta que ella no tenía ningún deseo de vacunarse, porque es temerosa a las vacunas, no dijeron que era la vacuna contra el virus de papiloma humano, si no que era otra vacuna diferente. La han vacunado sin consentimiento de los padres; porque lo legal era de que llevara una autorización de ellos, permitiéndoles que la vacunaran, pero no, eso fue masivo, o sea vinieron con las dosis y llegando a los planteles y le iban colocando las vacunas. Ella estaba en el colegio Antonio Ricaurte ella tenía 14 años. (Carmen de Bolívar: PF1, 2018)

Aunque algunas niñas experimentaron cambios desfavorables en su salud desde la primera dosis, en la segunda dosis de la vacuna tetravalente anti VPH colocada a partir de marzo del 2014 fue que percibieron cambios más fuertes que iniciaron en mayo esto es después de dos meses de la inoculación. Hubo manifestaciones masivas de enfermedades en algunas niñas inoculadas tanto del casco urbano como del área rural. Algunas de las primeras manifestaciones en el cambio de la salud de las niñas se pueden observar en las siguientes fracciones de entrevistas:

PF3: Las niñas empezaron a caer, caían en el colegio, en clase, en el recreo. La reacción fue en la segunda dosis, mi hija en la segunda dosis comenzó primero como que se le dormían las manos, dolor de cabeza, dolor en las extremidades, en las piernas, problemas de vista también, después se comenzó a desmayar duraba entre 1 o 2 horas, no volvía, quedaba inconsciente.

(Carmen de Bolívar: PF3, 2018).

PF2: Mi hija estudia en el [colegio] Espíritu Santo, ahí le pusieron la segunda dosis y mi hija como todas las niñas comenzó con el dolor de cabeza y ahí siguió el dolor en las piernas a los dos meses. [Me dijeron] Ven por la niña que no soporta el dolor en las piernas, el dolor en el pecho y el dolor de cabeza. Después de 15 días la niña comenzó a desmayarse, se me desmaya en el día, se nos desmayaba en la noche, le daba la crisis dormida. Un día cualquiera ya nos turnábamos la mamá de tal hora a tal hora y yo de tal hora a tal hora para cuidar la niña porque le daban las crisis; como a la una de la mañana estaba yo de turno cuidándola, a la niña le dio la crisis y vomitó sangre, cuando la levanté vi el charco de sangre y se le vino

un coágulo de sangre, cosa que nunca había pasado con ella, esto también le ha pasado a varias. (Carmen de Bolívar: PF2, 2018).

Las niñas enfermaban, pero nadie relacionaba el evento con la vacuna porque venían de diferentes lugares, de diferentes colegios, en diferentes momentos. En un colegio católico asociaron las manifestaciones de salud al juego de la tabla ouija. Pero al ver que las niñas afectadas estudiaban en diferentes colegios, no solamente católicos, analizaron la situación común entre ellas y encontraron que todas las niñas que enfermaron habían sido inoculadas con la segunda dosis de la vacuna intramuscular antiVPH.

El primer brote registrado, por los medios de comunicación nacional, sucedió en el colegio “Espíritu Santo” en el casco urbano de El Carmen de Bolívar, aunque también traían niñas en crisis de otras instituciones educativas. En el año 2014, este evento tuvo un despliegue mediático, de radio, televisión y prensa escrita; por ejemplo, el periódico EL TIEMPO (2014) lo narró de la siguiente manera el 31 de agosto del 2014:

El drama de las niñas vacunadas en El Carmen de Bolívar

Desde hace tres meses, más de 300 niñas de este municipio luchan contra una enfermedad desconocida. Desde el 29 de mayo, cuando 23 estudiantes de la Institución Educativa Espíritu Santo sufrieron desmayos, la gente de El Carmen de Bolívar se encuentra en un estado de tensión e incertidumbre, que crece al mismo ritmo que aumenta el número de afectadas. Las conjeturas para explicar la extraña enfermedad iban desde la supuesta utilización de la tabla ouija hasta posibles pactos de brujería, pero esto cambió cuando

alguien se dio cuenta de que todas las afectadas habían recibido la segunda dosis de la vacuna contra el VPH, en marzo pasado.

Ya son más de 300 las menores que han presentado los síntomas y que han sido atendidas en el hospital Nuestra Señora del Carmen, cuyo panorama, este lunes, era similar al que se observa en zonas de tragedia: afuera, motos llegando cada minuto con niñas desmayadas, ambulancias yendo y viniendo con las sirenas a todo vapor; y adentro, pasillos llenos de camas con convalecientes y habitaciones que no dan abasto.

La rectora del Espíritu Santo, la hermana Cristina Trujillo Arboleda, ha sido testigo del deterioro de la mayoría de las 68 estudiantes de este colegio que han sufrido, desde mayo, los síntomas. “Hay niñas que han perdido hasta ocho kilos. Casi ninguna puede terminar una jornada completa y el rendimiento académico ha bajado notoriamente”, señala la religiosa.

Junto con un amigo, Miguel Vásquez cargó a su hija en una hamaca durante dos horas y media, desde Macayepo hasta La Cansona, y desde allí viajó otra hora en moto para llevarla al hospital de El Carmen. “Venía muy mal, le temblaba todo el cuerpo y tenía los ojos volteados. Yo no podía hacer nada, sólo me limitaba a sobarle la cabeza y a decirle que se calmara, que ya íbamos a llegar”, recuerda.

Es aún mayor el drama de Leanis Salcedo, una mujer de rasgos indígenas que vive en el barrio de invasión Jorge Eliécer Gaitán: sus cuatro hijas tienen los síntomas.

Esta semana, ninguna fue a clases, y tuvo que llevar a tres, desmayadas, al hospital.

“¿Quién responde por mis hijas? Ni siquiera nos han dado un buen tratamiento. No quiero plata ni que me regalen nada, lo único que deseo es verlas sanas. ¿Es mucho pedir?”, expresa con una tristeza que se le sale por los ojos.

Hay temor de que el número de enfermas aumente, según el alcalde de El Carmen, el médico Francisco Vega, porque en total son 2.700 las que se aplicaron la segunda dosis.

Mientras, los padres de familia siguen presos de la incertidumbre, protestan frente al hospital, queman llantas en la carretera, piden resultados y se quejan de que el Gobierno los tilde de paranoicos.

“No podemos asegurar nada. Puede ser algo físico o puede ser algo psicológico. Lo único cierto es que algo pasa en este pueblo”, subraya Vega.

(EL TIEMPO: diario en línea, 2014)

Estos eventos empezaron a suceder en los días que corrían a partir del mes de mayo del 2014 hasta ahora en el año 2019, donde las asociaciones reportan más de mil niñas que enfermaron después de las jornadas de vacunación contra el VPH:

PF3: Mi niña estudia en el Gabriela Mistral y la problemática empezó en el colegio Espíritu Santo donde sacaron las hipótesis, de nueve niñas, el grupo epidemiológico, que el agua, que las niñas habían consumido papitas fritas, después que la tabla ouija, brujería. Bueno, comenzó en esa institución a caer niñas, después en todas las instituciones del Carmen de

Bolívar, sus veredas y corregimientos. Hoy en día tenemos 1150 niñas afectadas. Sólo fueron niñas desde los nueve años a 15, 16, hoy en día hay niñas que ya son mayores de edad.

Nosotros queremos que cada niña sea individualizada y que le hagan su tratamiento...

(Carmen de Bolívar: PF3, 2018)

Es de anotar que en los registros oficiales en los centros médicos de El Carmen de Bolívar no están todos los casos, más de mil, sucedidos en el municipio porque a algunas niñas las trasladaron a lugares diferentes. Estas reacciones iban aumentando en número, en instituciones educativas, en los hogares y en otros lugares. Surgieron más síntomas; las niñas que enfermaban eran más que al principio. El panorama social estaba muy agitado pues nada daba explicación a la situación de caos que se vivía:

PF1: Cuando cayeron ellas, las que decían que era por la tabla ouija, siguió todo normal; pero qué! Después de ellas llegaron todas las muchachas ya no eran 20 sino 40 de diferentes escuelas, empezaron a caer, sin comunicarse nada entre ellas y los mismos síntomas. En la calle iban dos niñas normales y caía una de ellas para el piso, eso era impresionante; caían niñas sanas! [Por primera vez]

(Carmen de Bolívar: PF1, 2018)

De acuerdo a conversaciones sostenidas con niñas y sus familiares tanto en el casco urbano como en el rural, coinciden en que tenían que ir con mucha regularidad al hospital de El Carmen de Bolívar debido a la frecuencia de las crisis y que también hubo muchas niñas que no las podían llevar porque no tenían dinero para pagar el transporte o porque no tenían un medio para transportarla, pues aunque los vecinos siempre estaban dispuestos a prestar su colaboración

muchas veces estaban ocupados con otra paciente que transportaban al hospital. Las motos, los carros y las ambulancias no daban abasto.

Atención inicial de los profesionales de la salud y el caos en el hospital

La atención en el hospital colapsaba, atendían muchas niñas en el suelo, eran auxiliadas por sus padres, amigos o personas desconocidas, porque las enfermeras y los demás profesionales de la salud no podían cubrir la atención personalizada debido a la cantidad de niñas. Los padres de familia ilustraron el caos vivido en el hospital de la siguiente manera:

PF1: En el momento en que ellas empiezan a caer en los diferentes colegios, hubo un momento en el hospital que no cabía porque había ciento y pico de niñas. Eran como las 12 de la noche y estaban todas esas 120 niñas allí. En el suelo los médicos no daban abasto y hubo unos que renunciaron porque ellos decían que no sabían que era eso y que ellos no iban a estar ahí y otros quedaron ahí soportando la presión. Lo que colocaban era puro líquido, nada más, pura dextrosa, no le colocaban ningún medicamento, dextrosa, nada más.

(Carmen de Bolívar: PF1, 2018)

MF2: Una vez a mi hija le tocó. Yo siempre que la llevaba al hospital yo llevaba un trapo, me echaba un trapo al hombro para arroparla porque ella a veces empezaba a titiritar. Entonces yo me llevé el trapo, la pusieron en el suelo porque no había camilla eso estaba colapsado por las niñas desmayadas. No había ni oxígeno, el oxígeno era que nosotros los padres teníamos que coger bolsas para oxigenarlas en el suelo por que no había oxígeno. Estaban tiradas en el suelo por que no había camillas, estaba colapsado con todas las niñas desmayadas, eso pasó. La llevé cuando empezó; cuando las niñas convulsionan y uno siente que están vivas, pero

hay otras veces que ellas se ponen moradas se les va la respiración ... así que no alcanzan la respiración entonces empiezan a estirar las manos ¡como con un desespero!

(Carmen de Bolívar: MF2, 2018)

MF5: A ella le daban era las convulsiones y se quedaba ahí... Le digo que un día duró 9 horas sin reaccionar, eso fue el último día que ella fue al colegio, eso fue un 10 de noviembre.

Comenzó a las 3 am y reaccionó casi a las 12 del día. Yo me la llevé y eso le cogieron un poco de médicos a hacerle, a darle y náda! yo me la llevé así para el Carmen y allá fue que la hicieron reaccionar con alcohol porque ellos se lo ponían en la nariz.

(Caracolí: MF5, 2018)

MF20: Bueno entonces ahora lo que les voy a contar es acerca de la atención en las clínicas, en los hospitales de aquí del Carmen. Al principio si fue una buena atención, uno llegaba con la niña lo primero que se supo es que la una cayó luego la otra, llegaron 3, 4, hasta 30 llegaban juntas, hasta los médicos las atendían. Pero había momentos que una mamá con 5 niñas y en el momento llegaba otra que yo tengo 3, la otra tenía otras 3, entonces a veces los papás no alcanzaban a ayudar a atenderlas, porque un papá no puede atender a tantas niñas con esas crisis...ni los médicos tampoco.

(Carmen de Bolívar: MF20, 2018)

Sentimiento de impotencia en los médicos ante la tragedia de tantas niñas

El dolor, la angustia, el sentimiento de impotencia al ver el cuadro clínico de las niñas, no eran unas percepciones solamente de los padres de familia, pues estos sentimientos también invadían al cuerpo médico. Incluso una madre de familia decía “la doctora lloraba conmigo, con todas nosotras”; el cuerpo médico lo entregó todo, buscaban lo que estuviera a su alcance para ayudarlas, pero el caos los superaba, ellos pusieron todo su ser a disposición, sus turnos de guardia no tenían hora de finalizar, ellos extendían su tiempo, se agotaban hasta que sus fuerzas humanas se lo permitieron siempre buscando la causa que generó esa tragedia humana.

Las dos voces siguientes narran su percepción sobre la posición de los médicos que atendieron a sus niñas:

OI2: Se sentían impotentes, claro. Mira los médicos allí en el hospital me decían, “ya no tenemos más nada que aplicarles a estas niñas...un suero...” impotentes claro! Había un amigo médico, y me decía “yo me siento impotente frente a esto, pero te comento algo viejo, eso es la vacuna hermano, pero yo no lo puedo decir, porque en Colombia y en el mundo nadie tiene la autoridad para decir que es la vacuna porque la organización mundial de la salud te está diciendo la vacuna no produce esos efectos; ¡imagínate, es la autoridad mundial quien está diciendo! con tantos científicos te está diciendo la vacuna no produce esos efectos. Cualquier comentario o cualquier aseveración que pudiera hacer una persona a un profesional de la salud lo deja sin piso porque la organización mundial de la salud es quien está amparando la vacuna”

Entonces fíjate, hoy te llevas una realidad, una escueta realidad de lo que se está viviendo, te lo digo porque yo viví eso con muchas niñas.

(Caracolí: OI2, 2018)

MF18: Lo triste es que nuestros médicos, no todos, porque yo sé que algunos en Colombia no lo hacen pero yo sé que ellos saben que la vacuna si ha tenido el efecto, y que la vacuna es la que tiene a las más de mil niñas afectadas aquí en el Carmen de Bolívar y sus veredas circunvecinas.

(Carmen de Bolívar: MF18, 2018)

Muchos padres de familia entrevistados tienen un profundo agradecimiento con el cuerpo médico al recordar la entrega profesional y humana en la atención de la tragedia de las niñas y también reconocen que en algunos momentos sus ánimos se caldearon y los agredieron verbal o físicamente.

Pero adicionalmente, no solo en el hospital se veía la congestión, pues en los colegios también sucedía que las niñas empezaban a convulsionar de manera masiva. En las Instituciones Educativas también se tuvieron que preparar, muchos por cuenta propia, para procurarles a las niñas una atención de primeros auxilios suministrados por los profesores y por otros adolescentes compañeros de clase:

D: Hay profes que están disponibles entonces esos profes siempre nos están apoyando, la coordinadora que siempre ha sido incansable en eso, los profes han sido de un gran apoyo. Hubo un tiempo en el año 2014 el municipio a raíz de eso nos colocó unos enfermeros acá en el colegio y el municipio, la organización de Francisco Vega nos pusieron unos enfermeros. Al principio fue una muchacha enfermera, pero ella renunció porque el comportamiento en las convulsiones de las niñas afectadas era tremendamente violento que ella no era capaz de controlarlas y tuvieron que cambiarla por un enfermero que, por su fuerza era la persona que podría controlarlas. Nosotros tenemos un espaciecito pequeño que era insuficiente, nos tocaba poner a las niñas en los pasillos, tuvimos que apropiarnos de unas colchonetas porque no

podíamos subirlas en la camilla, no tenemos sino una sola camilla y entonces teníamos que colocarlas en el suelo tendíamos cartones, colchonetas, terrible.

(Caracolí: D, 2018)

Veredas y corregimientos con niñas afectadas

No solamente en la ciudad de El Carmen de Bolívar se presentaron reacciones después de la segunda dosis, también se presentaron en otras poblaciones, veredas y corregimientos del municipio de El Carmen de Bolívar afectando las niñas vacunadas en sus diferentes Instituciones Educativas contra el VPH en el sector urbano y en el sector rural. Teniendo en cuenta la información del INS (2015, p.10) complementada con las voces de los representantes de asociaciones de padres de familia, en el sector rural están las siguientes 23 poblaciones donde se presentaron casos de niñas que enfermaron:

Caracolí, Loma Central, El Hobo, Don Cleto, Alférez, Bonito, Camaroncito, Coloncito, El Bledo, Cansona, Arenal del Sur, Mamón de María, San Antonio, San Isidro, Guamanga, Lázaro, Ojito seco, Bajo Grande, El Salado, Mala Noche, Raizal, Pádula y Macayepo. Son veredas y poblaciones que están entre 20 minutos de distancia de la ciudad de El Carmen de Bolívar y cuatro horas, adicionalmente las vías de acceso no son las mejores, son carreteras despavimentadas y caminos de herradura en mal estado. Los medios de transporte usados son caminando, en moto o en vehículos camperos.

Voces que narran los cuadros clínicos de las niñas

A la mayoría de las niñas las llevaron al hospital por lo que los padres de familia y el cuerpo social identifica como “las crisis” que son convulsiones. Algunos de los acontecimientos narrados sobre los cuadros clínicos de las niñas son los siguientes:

MF2: A raíz de eso a mi hija, después de la segunda dosis, ella se viene hinchando, se le pegaba la barba con el pecho de la hinchazón, las orejas se le crecían, los ojos se le cerraban, eran unas bolas, la boca se le volteó los labios el uno pa'ca abajo y el otro pa'arriba. Entonces un brote en las manos, como ensangrentadas, como la sangre secándose en la piel. Bueno, yo estaba desesperada porque me la iban a trasladar para Cartagena porque ella estaba muy mal y entre más pasaban las horas, más se hinchaba, ¡y los brazos poniéndose... porque se estaba hinchando toda por parejo! Yo pidiéndole a Dios que me iluminara, Dios mío, Señor ayúdame... que se lleven a mi hija así... yo ya había visto los otros casos que a las otras niñas que estaban ya pasado lo mismo y habían quedado en UCI, yo lloraba y yo le pedía a Dios ilumíname Señor... [No puede seguir hablando, contiene las lágrimas]...

En esas crisis ellas gritan Aaaaaaaaah!, es un grito maluco, una cosa fea, no dicen ninguna palabra solamente gritan, así como cuando a uno le duele algo. Mi hija en una sola ocasión botó espuma por la boca una sola vez y tira a morder, con la mirada perdida con la mente ida. A ella se le ha ido cayendo el cabello, se le bajan mucho las plaquetas, se le descalcificaron los huesos, la falta de vitamina D en los huesos. Tiene problemas auditivos ahora y la visión también me le está molestando. Tuvo 72 quistes, me la trataron con “bellapaste” pero no funcionó. La solución que me dio el doctor Marlon, el ginecólogo me dijo que vamos a poner una dosis más fuerte aunque eso la va a dejar estéril y nunca va a poder tener familia...

A mi hija le han salido manchas negras en la piel, si manchas negras en la piel y estrías así en los senos. Tiene pérdida del apetito, tuvo un tiempo en que le daban ganas de comer

así, o sea, se come todo lo que encuentre por ahí y queda con la misma hambre. Ella está bastante flaca y la tengo baja de peso.

La reumatóloga me dijo que la niña tenía un bajón de 20 en la cintura, y tiene un poquito la pierna, así como volteada. Exactamente, yo me di cuenta porque soy la mamá de ella, pero a ella no se le nota así, pero yo sí sé porque ella, ajá uno como madre desde pequeñito viendo al hijo jugar, entonces ella yo la veía que ella pateaba el balón y se le iba por otro lado, ella tira para acá y coge para otro lado.

También mi hija está afectada con gastritis siempre está vomitando, ella trata de comer y se le devuelve la comida. A ella le mandaron Milanta pero ella me muestra un dolor aquí en la boca del estómago y me dice que es la gastritis porque se le viene el reflujo.

También me le dio una infección en la vulva, que la mayoría de las madres hay en la reunión han comentado que la mayoría de las niñas aquí en El Carmen la tienen se llama disque vaginitis, también orinando... la mayoría la tiene infección en la vulva y también tienen otra infección en la vulva y no es afuera es adentro! y también orinando blanco como suero [consistencia de yogurt] como si fuera suero. Su característica es un flujo espeso y blanco. Se lo comenté al doctor y él me dijo que eso era suciesa [falta de aseo]. Después al poco tiempo mi hija tenía una piquiña desesperada y empezar a meterse la manita en la vulva y le explicaba la mamá que era que era una rasquiña no afuera sino adentro entonces la llevé al médico y me le mandaron unas pastillas hasta le hicieron la prueba a ver si estaba señorita (virgen). Como la niña es señorita hay que ponerle pastillas debidas y un unguento para untar con el dedo eso es un antibiótico. Pero ella dice que se siente lo mismo, se siente igual. Yo ahora le estoy dando la sábila porque me dijeron que eso la limpiaba.

(Carmen de Bolívar: MF2, 2018)

MF6: Tengo tres niñas, dos de ellas vacunadas. La niña mayor desde que me le colocaron la primera se me le hizo algo grande en el brazo, algo ovalado y de ahí le afectó el seno, el seno de la niña mía era así crecido y rojo y la niña así me duro como tres meses y yo la llevaba al médico particular, le hacíamos esto, lo otro. A la niña por tiempos se me le crece lo del brazo y lo del seno, dicho seno se me le ha llenado todo de quistes y de ahí fue que comenzaron, que los dolores de cabeza, los malestares en las piernas ya la niña vino con muchos dolores en los huesos, la segunda niña, que es la que más ha salido afectada de ahí se me fue torciendo las piernas ella logro unir las piernas, prácticamente estaba perdiendo la fuerza muscular. El fémur se le ha crecido un poco más, lo tiene un poco alzado, la niña va ser preparada para cirugía; ella para subir las escaleras en el colegio ella tenía que trincarse de algún compañero, a veces iba al baño y me llamaba había que ayudarla a parar del bracito; hablo de la segunda, la que tiene tres dosis, ella se afectó mucho de los huesos, le dio como a los ocho meses después de la última dosis fue que ella comenzó. La primera dosis fue en el 2012 - 2013 en un año fueron las tres dosis, ya a principios del 2014 fue que ella fue sintiendo todo, ella reflejó todo, todo fue en los huesos primero y de ahí fue perdiendo peso y dolores en los huesos un médico la remitía a otro el otro, allá en ultimo me digieren en el Carmen los ortopedas que la niña... que me fuera resignando por que la niña iba a perder las piernas, o sea que ella prácticamente no iba a mejorar sino que iba a empeorar y que no iba a crecer más; ella pasaba llorando día y noche. El ortopeda infantil que la ve, me dice que si va para cirugía para corregirle lo torcido que tiene. La han ayudado con terapias lleva 156 terapias, diarias, esta semana no ha ido por falta de pasaje, de plata. Siempre sale del colegio a las 10 y de ahí se traslada al Carmen. Ella de ahí ha quedado flaquita, ahora es que ha aumentado un kilito, ella está en tratamiento con la nutricionista.

Autora: ¿cuánto está pesando?

MF6: 37 kilos con 16 años

MF6: la mayor pesa 38 kilos y tiene 20 años

A mis niñas me les han ayudado con alimentos, con ensure... pero que vá, la niña no aumenta, ella está cada día más flaquita... y los problemas que tiene de los sangrados, a ellas cuando les viene la a regla son 8 o 10 días pero abundante, puras pelotas [coágulos], les hacen exámenes no le sale nada, ginecólogos y ecografías y nada y la tengo con un hematólogo en la clínica en Cartagena para descartar las sospechas que está presentando que es el Von Willebrand que son los síntomas que salen del lupus. Por ejemplo ahora le subieron unos puntos las defensas y no tiene coagulación, la sangre es muy líquida. Todo eso lo ha presentado ella de tres y medio, tres años para acá, porque primero la agarró el problema de los huesos de ahí para acá es que ha presentado problemas de sangrado de los cambios de la coagulación de las defensas, de la hemoglobina, un mes le sube un mes le baja o sea tiene un desorden que no se lo han podido todavía estabilizar. Ella está de bajo peso y le sigue su problema y ahora tiene problemas del corazón tiene dos prolapsos en la válvula mitral, la tengo en la unidad cardiológica en tratamiento en Cartagena.

(Caracolí: MF6, 2018)

Son muchas las enfermedades que las niñas desarrollaron después de ser inoculadas contra el VPH, en sus cuadros clínicos muestran daños cerebral, visual, pulmonar, renal, ginecológico, neurológico, daños en las extremidades, disminución en la capacidad de concentración, entre muchos otros, que con el pasar del tiempo se complican y aparecen otras adicionales. Algunas

niñas presentan una combinación de daños en su salud que son atendidas hasta por cinco especialidades de medicina.

Hoy en día tenemos niñas con lupus, cáncer, leucemia, con ovarios poli quísticos, problemas renales, problemas gástricos, y muchas enfermedades más. Daños psicológicos. Mi hija tiene gastritis crónica y le está afectando el hígado. (Carmen de Bolívar: PF3, 2018)

Voz de la madre de Dálida Estéfani Picalúa Díaz, Q.E.P.D.

Para tipificar la situación de El Carmen de Bolívar presento a continuación una entrevista en profundidad de una madre de familia que antes de las jornadas de vacunación tuvo una estabilidad económica dada por su profesión de costurera y por el trabajo de su esposo como conductor de vehículos. A pesar que una de sus niñas murió, después del evento, ella se refiere a sí misma como madre de cuatro hijas, tres de ellas vacunadas y la menor. Aquí ella narra cómo les cambió la vida, a ella, a sus tres niñas vacunadas, al resto de la familia y a la sociedad del Carmen de Bolívar, después del evento sucedido a partir de la inoculación de la segunda dosis de la vacuna anti VPH. En esta entrevista se puede observar claramente la vulneración de los derechos humanos y donde se ha desconocido la dignidad de la persona humana pues las siguientes categorías de información así lo ilustran: sufrimiento familiar y social, afectación en la integridad física de las niñas, afectación económica, afectación familiar y psicológica, entre otros. También se puede observar que en contraste con la indiferencia del Estado colombiano está la solidaridad del cuerpo social, de los amigos y de la familia todo sostenido con la fortaleza dada por la fe.

En la narración se encuentran categorías de información que se repiten a lo largo del texto pero no los he agrupado para respetar el orden que le dio la madre de familia que

generosamente, pero con mucho dolor, contó lo sucedido. Para proteger la identidad le he asignado las siglas MF13 porque es la madre de familia número 13 que comparte su historia:

MF13: Soy del Carmen de Bolívar y vengo a contar lo que nos está sucediendo en el Carmen con las niñas que tenemos afectadas. En el momento tengo dos niñas afectadas; tuve tres niñas afectadas, una falleció, tengo en el momento dos niñas más que están afectadas con el mismo problema de las crisis esas que están dando. Vivimos una problemática que uno no sabe en qué momento le va a dar esas crisis, más con el problema que tengo que mis niñas están bastante afectadas porque se me murió una niña, que le dio esas crisis y le dio un paro respiratorio y falleció, ya tuvo un año y medio que falleció [el 31 de diciembre de 2016].

Autora: Para observar la afectación en la integridad física de las niñas ¿ellas aún están enfermas después de la segunda dosis de la vacuna anti VPH?

Las niñas que tengo le siguen dando las crisis todavía. Tengo la niña de 15 años que está con problemas en el estómago, se le ha hecho una masa en el estómago, todo lo que come lo vomita porque de la misma masa que tiene no la deja, come cualquier poquito y ya está llena y comienza a vomitar. Tengo a la otra de 13 años con la misma problemática de las crisis que le están dando, se ha bajado de peso, ya me dijeron que está con desnutrición, tiene problema en una pierna, se le ha ido doblando una pierna, le dan las crisis cada rato, seguidamente en el colegio, en la casa, en la calle, en donde estén, cada rato con las crisis.

Autora: ¿a partir de qué fecha le dan las crisis y cuando fue la última vacunación?

MF13: La niña mía, la mayor, de 15 años, tiene ya 4 años de estar dándole las crisis. La otra de la edad de 9 años le colocaron la primera dosis, comenzó a darle las crisis casi como al mes de tener la primera dosis, ya tiene 13 años así que tiene 4 años de estar también con el mismo

problema y están con las mismas crisis simultáneamente cada rato, las crisis, en cualquier parte.

Autora: ¿Cómo son las crisis que usted dice?

MF13: O sea, a ellas les va dando un dolor en el pecho, que se van ahogando, se desmayan y comienzan como a convulsionar, que uno a veces entre 3 o 4 personas no las podemos aguantar, a veces hasta tenemos que buscar personas por la calle para que me ayuden porque no las podemos aguantar, son niñas que tienen fuerza, sacan fuerza de no sé dónde.

Autora: ¿Cuántas veces al día o en la semana les da?

MF13: A veces les da una vez al día, otras veces les da tres veces a la semana, a veces una vez a la semana, hay veces que hasta me llaman 3o 4 veces del colegio a la semana que le dio la crisis en el colegio, que se siente mal la niña, que la vaya a buscar, cuando no me llaman por una me llaman que la otra, porque eso si nunca me han dado a las dos la crisis juntas al mismo tiempo, a veces le da a una y la otra me viene a ayudar a atender a la otra y nunca les ha dado seguida que cayó la una y luego la otra ahí mismo, no, siempre le da a una y la otra me ayuda a atender a la hermana.

Autora: ¿las dos fueron vacunadas el mismo día?

MF13: La una fue vacunada un día antes, y la otra al siguiente día. A una me la vacunaron como al medio día en el colegio, a la otra si la vacunaron como a las 3 de la tarde, del otro día, a la de 13 años.

Autora: ¿Qué síntomas o enfermedades después de la vacunación, como crónico, como que siempre les da?

MF13: A la de 15 años en el estómago, de la vista, tiene bastante problema en la vista, ya le he cambiado el lente tres veces, le volvieron a cambiar ahora, tiene cuatro meses que le cambiaron, me dijo el médico que tengo que volverla a llevar, tienen que operarle la vista porque tiene bastante problema en la vista, o sea ella sin los lentes no puede estar, tiene que estar siempre con los lentes, solo puede quitárselos para bañarse y para dormir nada más. La otra niña tiene problemas de colon, la de 13 años le salió en los exámenes problema de colon, le pusieron dieta. El problema en la pierna, que una pierna se le ha ido torciendo más que la otra, y la desnutrición que tiene, ella puede que coma pero el peso ahí no ha subido de peso.

Esos son los problemas que ellas no los tenían. Por lo menos las niñas nunca habían tenido problemas de colon, una niña de 13 años y que ya tiene problemas de colon, entonces son cosas que uno ya no sabe ni que hacer; el médico me dijo, que tiene que hacer dieta, que tiene que comer esto, que no puede comer esto que lo otro, el problema del colon es una cosa que hay que tener mucho cuidado en las comidas y eso, ¿por qué una niña de 13 años que ya empieza a sufrir problemas del colon? ...¡Esos son problemas que ellas no los tenían!

MF13: la niña de 15 años tiene ovarios poliquísticos también, tiene bastantes problemas con lo que son la menstruación por el tema de ovarios poliquísticos, de flujos, todas dos también tienen problema de flujos, a ellas les da un flujo que tiene olor, yo ya tengo que estar comprándoles cosas. Ellas dicen, mami ¿por qué nos está bajando este flujo? Entonces uno no sabe, porque los médicos no le dicen nada a uno, y antes no tenían esas cosas, porque ellas antes no tenían ni problemas de flujo ni de ovarios poliquísticos ni nada! Yo las llevaba antes al médico y mis niñas muy sanas, lo mismo con la niña que me falleció, nunca tuve problemas con mi hija de ninguna clase de enfermedad, nada más la enfermedad que vino fue esa de que comenzaron a desmayar.

Autora: ¿Los exámenes y estudios médicos reflejaron un diagnóstico para los cuadros clínicos de las niñas?

MF13: Decíamos, ¿qué será lo que tienen? y las llevamos al médico y no les salía nada, nada, lo que tiene la niña que si se desmaya si esto si lo otro, y nada, los exámenes nada hasta que se fue complicando y hasta que se le afectó un riñón, cuando yo me la llevé a Barranquilla que ya se le hinchaban las articulaciones, la llevábamos al médico, y no que eso era problema de riñones, que el riñón; eso le mandaban una medicina para los riñones y siempre la niña con lo mismo, y le decía ¿porque se me desmaya, porque el ahogo?, o sea nunca nos dieron respuesta, porque eso que el riñón, y después se le afectó el hígado, y fue cuando la pasaron para UCI, duró tres meses entre habitación y UCI, nos demoramos tres meses en ese sistema hasta que un día se le presento que se hinchó totalmente, cuerpo, cara y todas sus viseras dentro del estómago se le inflamaron tanto que le abrieron el abdomen y la dejaron así unos días, y el riñón ya estaba bastante mal, ya el médico dijo que tocaba ponerla en espera para un riñón.

Cuando la niña mía, la mayor, le comenzaron las crisis, no sabíamos en realidad que era, porque todavía no se oía que por acá una o la otra, no sabíamos todavía, y como ella estaba era en Barranquilla, nunca asociamos una cosa con la otra porque acá a una niña le dio esto y a la otra no, pero ya después que comenzaron la una, la otra, fue que yo dije, pero es que si es lo mismo, la niña mía tiene las mismas vacunas, está allá pero la vacunaron aquí, estaba allá esperando la niña, eso fue cuando le dije al médico, doctor en Carmen está pasando esto y esto y esto, puede ser lo mismo que la niña le está dando acá, lo mismo que está dando en Carmen de Bolívar, le dije yo al doctor, [él contestó] que no que eso no es lo mismo que no sé qué, le dije sí, eso puede ser lo mismo, hágamele los exámenes y todo lo que pueda hacerle

porque tanto que yo le dije que me le hiciera el examen de lupus a la niña, y no se lo quisieron mandar a hacer, ese examen lo hice yo particularmente, porque varias personas me habían dicho, hágaselo y yo dije para que me lo hicieran y el médico me dijo que para qué, si ella tenía familiares, con esos antecedentes de lupus, yo le dije que no tiene, pero son cosas que yo he averiguado y me dicen que lo que ella tiene, total que el examen se lo mandamos a hacer nosotros allá, reunimos la plata creo que se lo dejaron por doscientos mil pesos, el examen de lupus lo mandamos a hacer en Barranquilla lo hicieron particularmente que fue cuando el médico me dijo que si, que a la niña le habían diagnosticado lupus.

Ella se me murió el 31 de diciembre

El lupus se lo diagnosticaron a ella en agosto, y la niña me falleció en diciembre, el 31 de diciembre. Le diagnosticaron el lupus, o sea lo que duro viva fueron 3 meses, de agosto hasta diciembre, ella se me murió el 31 de diciembre, le dio una crisis ya la teníamos en la casa en Barranquilla ya cuando la quisimos llevar a la clínica, la primera crisis que le dio se logró restablecer, la segunda crisis no la aguantó, le dio un paro respiratorio, que ahí fue cuando falleció enseguida.

Autora: Como madre de familia y que conoces la salud de tus hijas, desde siempre, ¿Qué crees que les afectó para que presenten ese daño en su salud?

MF13: Yo digo que, para mi es la vacuna, porque mis hijas antes de eso no tenían ningún problema, mi hija la que falleció, antes de eso [de la vacuna] nunca tuvo un problema, es que ni a la clínica se llevaba, porque ella no se enfermaba de nada, entonces, yo siempre lo he dicho, eso fue la vacuna, porque antes de la vacuna mis hijas estaban sanas, nunca tuve problemas de estar corriendo con ella, nunca se me desmayaban, nunca convulsionaban,

nunca nada. Entonces ahora, después de la vacuna, fue que comenzaron con esas crisis, con esos desmayos, que no pueden ya ni salir porque caen desmayadas por ahí desmayadas en cualquier parte. Entonces yo siempre lo he dicho, eso solo es la vacuna, porque eso fue después de la vacuna, por lo menos en el salón de la niña que tiene 13 años, la mayoría de las niñas les ha dado la crisis, de las niñas que estaban en ese año, que las vacunaron en el mismo tiempo. Tenía la niña 9 años, cuando la vacunaron, tiene 13 [fue en el 2014]. Cuando a ella la vacunaron, vacunaron a varias niñas de salón, y a la mayoría les ha dado la crisis, de la niña que está en el otro colegio, que tiene 15 años, también es lo mismo, las niñas que vacunaron casi todas les ha dado la crisis. De la niña que falleció, también es lo mismo porque yo me he encontrado con amigas de ella que ya en este tiempo son unas señoritas, que me han hablado de la niña, y yo les pregunto a ellas, pero a ustedes no les hizo daño, y dicen si, a mí también me da la crisis, o dicen si a mí también, a veces me da eso, yo también me pongo mal, entonces no solamente es una niña, son varias, o sea de los salones, si las vacunaron a casi todas. La hija mía que está en el colegio ahora, bueno hay compañeras que no estaban con ella en ese entonces y hay unas que sí, me dice mami, de las que estaban con ella que todavía le dan, hay como unas 10 que están con ella que han estudiado siempre ahí, a casi todas les ha dado la crisis, las mismas que vacunaron en la misma fecha que ella. O sea que, yo digo que eso es la vacuna, porque ellas estaban sanas. Yo tengo 4 niñas, y de las 4 que tuve una falleció, tengo dos afectadas, y la que está pequeña todavía.

Autora: Ha percibo alguna afectación psicológica en sus niñas?

MF13: También tengo problemas con la niña de 15 años que le ha dado la crisis, también tuve que ponerle psicólogo, porque ella cuando se despertaba de la crisis lo primero que me decía era mami no me dejes morir como mi hermana, no me dejes morir, no me dejes morir, mi

hermana vea que se murió por esto, a veces ella me dice, no nos dejes morir mami, a nosotras no nos vaya a dejar morir como mi hermana... Eso a mí me da dolor, que una hija mía me diga eso, que no la deje morir porque la hermana se murió por esto, y que ella no se vaya a morir también, yo las tengo en psicólogo con la institución y las tengo en psicología en el hospital también, porque ella también con ese problema de que ella dice que aja, que la hermana se murió y que ella también se va a morir, yo le digo, usted no se va a morir, solamente hay un Dios que es el que lo puede todo y usted no se va a morir, ah pero ¿por qué mi hermana murió? su hermana murió pero ustedes no se van a morir yo les digo eso. Yo les digo, Dios la necesitaba a ella, ustedes no se van a morir, entonces eso es una cosa dura, muy dura!

Autora: ¿y han muerto otras niñas?

MF13: Han muerto otras niñas, aquí en Carmen creo que van tres niñas que han muerto por la misma enfermedad que la hija mía, o sea de lupus, y hay varias niñas que han intentado suicidio, una que se envenenó, creo que fue, otras que se han cortado las venas. Por lo menos la hija mía, la que tiene 15 años, ella una vez intentó cortarse las venas, ella intentó cortarse las venas, pero yo me di de cuenta y fue cuando en seguida empecé a ponerle psicólogos y eso.

Después una vez se le quiso tirar a un carro saliendo a la carretera, como vivimos hay cerca [de la carretera] claro ella estaba aburrida, de esas crisis que en todas partes que a ella ya le daba era pena, vergüenza. Ahora ya ha salido más adelante ya porque con la ayuda del psicólogo y eso, ya la han ido orientando pero si hay muchas niñas que han intentado suicidarse por eso, porque son niñas que están bien y más o menos están hablando con uno y de pronto, delante de todo el mundo, en cualquier parte, y son adolescentes que eso le da, por mucho que uno esté bien, por mucho que una niña este bien y le sigue pasando eso les va a

dar duro a ellas, y eso les va a crear un trauma a ellas, ¿ah? que yo estoy en una esquina o en cualquier parte con mis amigas y a mí me dio eso, y pasan es pena [vergüenza], entonces eso es una cosa que es duro para uno.

Allá en mi casa hasta yo me puse en tratamiento con psicólogos, porque una niña que falleció, dos que tengo en el mismo problema, luchando con una cosa y con otra, eso a uno también le afecta, entonces ahí me tuve que poner en tratamiento con psicología, yo me acabé, me puse acabadita, acabadita, ya ahora me he recuperado, yo me acabé horrible, con una niña enferma allá en Barranquilla.

Autora: ¿Ha tenido afectación económica?

MF13: Nosotros vendimos hasta las cucharas, para poder hacer tratamiento de la niña que teníamos en Barranquilla... porque a nosotros no nos ayudaron con nada, el tratamiento fue todo costado por nosotros, entonces tuvimos que vender todo, todo lo vendimos para pagar, yo vendí la máquina de coser, vendí la nevera, vendimos el televisor. Imagínese que el marido mío perdió hasta el trabajo, cuando eso, porque teníamos que turnarnos para ir a cuidar a la niña que estaba enferma, y si él se iba una semana, no le iban a dar todas las semanas para que el fuera y viniera, perdió el trabajo, quedó sin trabajar, todo eso pasó por uno estar en la lucha de la niña que estaba en Barranquilla. Tenemos estas de acá, les estamos pagando un tratamiento, la llevamos a médicos particulares para ver si de pronto [las puede ayudar]... eso es pago por nosotros, eso es plata que uno saca de su bolsillo. Mire yo me ponía a hacer peto, me ponía a hacer rifas, todo eso yo lo hacía, mis hermanas me colaboraban, me decían

hagamos una olla de peto⁴ y la sacamos a vender en las tardes. Hacíamos rifas y las vendíamos para recoger plata para pagar los tratamientos de las niñas, entonces todo eso lo hemos hecho. Hemos quedado es en la ruina porque uno vende todo, mire que hasta el marido mío llego a decir que si alguna cosa, él hasta la casa la vendía, una casita que la estamos es ahora, porque la tenemos en obra negra por ahora, y decía, si me toca vender la casa la vendo, porque primero la salud de mis hijas que lo material después se va recuperando, y bueno no vendimos la casa porque la niña falleció.

Autora: ¿Ha percibido solidaridad de la familia y del gobierno?

Mis hermanos que me colaboraron, me han colaborado mucho también con mis hijas, en apoyarme si es una medicina o esto y lo otro también. Porque ayuda por otro lado no tenemos, porque eso es así, yo no puedo decir, que me están dando tal cosa y tal otra, porque no, no me la están dando, no tenemos ayuda por ninguna parte, del gobierno nada, porque son las citas para llevarla a los médicos y tenemos que ir a pelear con las EPS para que nos puedan dar el aporte que a veces nos dan para el transporte. Pero muchas veces dicen: “ que no que vente mañana porque hoy no estamos trabajando, que venga mañana para darte la orden de la cita para que la llesves a entregar al médico” uno al siguiente día se demora desde las 7 de la mañana, porque yo un día me demoré desde las 7 de la mañana hasta las 4 de la tarde en la EPS Mutual, esperando una orden de la niña para unos transportes, para que me pudieran dar

⁴ Peto o mazamorra: es un plato de la gastronomía Colombiana cuyo ingrediente principal es el maíz blanco cocido intensamente en agua o en leche, normalmente es endulzado con azúcar o panela de caña, se consume frio.

los transportes para llevarlas a Cartagena porque ¿yo de donde iba a sacar la plata si ya en las últimas mi marido se había quedado sin trabajo? vendimos casi todo lo que teníamos de medio valorcito así, y quedó uno sin nada, ahora otra vez tratando de salir adelante para seguir luchando por las que están vivas, porque tiene uno que seguir luchando porque si no ¡imagínese!

Autora: ¿Hubo afectación académica?

MF13: Este, sigo contando...La niña mía que tenía en Barranquilla, bueno yo la tenía estudiando allá en el Sena. Allá le daban las crisis y eso, pero no pensamos que fueran esas crisis [pensamos que] era otra enfermedad o que allá estaba dando o estaba pasando. Allá le dio eso y tuvimos que sacarla de donde estaba estudiando porque ya ella no podía ir, ya no podía caminar, a veces no se podía levantar le dolían las piernas, las articulaciones, hubo que sacarla de ahí. Yo le decía, mami tu salud primero, mejor el otro año termina, le decía yo, la sacamos de ahí que fue cuando ya se puso bastante complicada, fue cuando la metimos a la clínica, la dejaron en la clínica hospitalizada, luego fue que nos la pasaron a UCI, ahí le detectaron que tenía un riñón afectado, que el hígado se le había afectado, después lo del lupus, que le dio lupus, ella me la rajaron desde por aquí de esta parte [tórax] así hasta abajo, e hicieron una raja grandísima en la barriga [verticalmente] en el estómago para poder dizque que los órganos le cupieran...porque los tenía así muy contraídos uno con el otro, por la hinchazón que tenía.

Autora: ¿Qué me puede contar de la fortaleza de Estefani?

Fue una niña que a pesar de que estuvo en UCI tres meses siempre usted la veía con una actitud de “no tengo nada”... y yo me levantaba y le decía, mami que tiene, que siente y ella

decía, “mami no, gracias a Dios yo estoy bien”. Así estaba la niña hinchada y eso, ella decía “gracias a Dios estoy bien, estoy bien mamá no se preocupe”, no sé si lo hacía por no preocuparme o ¿por qué lo hacía? pero ella me decía “estoy bien, gracias a Dios yo voy a salir adelante” y todo era así, esa era su actitud. Antes cuando estuvimos en la clínica se levantó un día y me dijo mami...ella oraba acostada ahí, ella oraba... Un día me dijo “mami ayúdeme a levantar para orar”, le dije, pero si vamos a orar aquí acostadas. [Ella dijo] “no, yo quiero orar arrodillada porque yo quiero darle gracias a Dios, aquí humillarme delante de Dios aquí”. Yo la levanté, le pedí permiso a la enfermera y me dijo que si, [la niña] se arrodilló al lado de la camilla y oró, se acostó y a los dos días murió.

¿Cómo es que toda la odisea que tuvo, si mi hija estaba bien? Yo sé que mi hija no tenía nada antes de que la vacunaran.

Autora: Tú dijiste que no tuviste tiempo para llorar.

MF13: Yo no tuve tiempo para llorar, ¿le digo por qué? Mi hija murió, la trajeron y yo me vine con ella de Barranquilla, el papá mismo la fue a buscar en la camioneta fúnebre y la trajo el mismo manejando, porque no había ni quien la trajera porque un 31 de diciembre, no había chofer, no había nadie, y él dijo yo la busco y yo la traigo, y el señor de la funeraria fue con él y manejando la trajo. Pero le digo que no tuve tiempo de llorar fue porque mi hija estaba ahí en una sala de mi casa encajonada, y dos veces me tuve que ir para el hospital, con mi otra hija, con la crisis, dejar ahí ese velorio, dejar a mi hija e irme para algún hospital, 2 días sabiendo que mi hija esta encajonada acá, que mi hija esta acá también y yo tenerme que ir a un hospital con mi otra hija también con lo mismo. Imagínese que siente uno en ese momento, con una hija en un hospital con una crisis y otra que la tiene en la casa en un cajón, eso ha sido duro para mí.

Autora: ¿Cómo desahogas tu sufrimiento?

Yo no he tenido tiempo porque también mis hijas siguen con la crisis. Yo, para que ellas no me vean de pronto decaída y se pusieran a llorar o esto...yo a veces me doy un momento, porque yo me acuerdo de mi hija y yo ¿sabe qué hago? cojo y me voy, les digo espérenme aquí que ya vengo. Mis 2 hermanas viven cerquita, ya vengo espérense y salgo para donde mis hermanas, allá lloro hasta que me canso o hablo y le digo a mis hermanas me pasa esto y esto y me siento así y así, pero con tal de que mis hijas no me vean llorar, no lo hago delante de ellas.

Autora: ¿La salud psicológica de la familia se ha visto afectada?

MF13: Tuve que luchar con mi esposo, mi esposo si le dio, no se... se puso mal, se volvió como no sé... loco. Intentó quitarse la vida, se tragó unas pastillas, a mí me ha tocado duro. Porque él intentó matarse, él decía que el sin su hija no quería vivir. Y ya él ahora se ha recuperado bastante, le pusieron ahí mismo en el hospital le pusieron tratamiento con psicología y eso; porque él era llora y llora, ese hombre se encerró a llorar, llorar y llorar...y entonces, o sea se puso como agresivo con uno. Con todo eso me ha tocado luchar a mí, como yo a veces le comento a mi [hermana] , que tengo una confianza con una de las hermanas mías, yo le comento, yo no he tenido tiempo, y mi hermana me dice “cuando a mí me pase algo, yo quiero que tu estés conmigo para saber cómo tú me vas a ayudar a seguir adelante como tú has salido adelante, con tus hijas enfermas, con la que se te murió, con Lucho que se puso así tan mal y ¡Cómo has sacado tu fuerza para salir adelante!” y le digo... tengo un Dios que es el que me está ayudando y todas las noches antes de acostarme le doy gracias, le doy gracias antes de levantarme y le pongo a mis hijas en sus manos antes de levantarme; todos los días hago lo mismo, pedir por ellas.

El teléfono mío yo no lo apago para nada, ¿por qué? porque nada más espero la llamada, hubo un tiempo cuando mi hija murió, cuando a mis hijas les daba la crisis todos los días, que yo estaba como traumatizada con el teléfono, porque ya era la llamada, que señora que venga que la niña le dio la crisis acá. Al siguiente día señora que venga que la otra niña le dio la crisis y así... entonces ya mis hermanas me decían... ya tú te dedicaste en la vida a estar arregladita para cuando sea nomás salir a la carrera. Ya yo me dediqué desde que mi hija falleció, a mí en la casa no me ven, si no con mi jean, mi ropa y dicen ay ¿por qué? Pues porque es que a mí me toca salir a buscar un carro, estoy lista y con los papeles en un bolso, para salir para donde me toque y es así siempre. Pero a mí me ha tocado duro... Yo me acabé horrible, o sea, me acabé físicamente, me acabé acabadita. ¡Yo llegue a pesar 40 Kilos!.

Autora: ¿y cuánto pesabas antes?

MF13: Y yo antes pesaba 60 kilos y llegué a pesar 40 kilos. Ahora me estoy recuperando nuevamente.

Autora: ¿por qué necesitaban tantas personas para atender una sola niña?

MF13: Lo que pasa es que [cuando a] una niña le dan esas convulsiones uno solo no la puede aguantar, a veces entre tres y cuatro personas no la podemos aguantar, esas crisis que le dan y ellas sacan fuerzas, ellas gritan, ellas hacen, las manos se le doblan, los pies se le doblan, entonces ellas brincan y hacen y tiene uno que aguantarla entre varias personas, uno la aguanta por los pies, el otro por acá... La niña mía ya van dos veces que le ha dado la crisis y que se ha golpeado la cabeza duro, un día la traje al hospital, ahora hace como dos meses, la traje porque se golpeó duro ella ¡tenía dos horas de estar desmayada!, dos horas, y se convulsionaba, y se desmayaba y caía, otra vez convulsionaba, otra vez se desmayaba, y yo

detrás de los médicos que me la atendieran, que la niña se me estaba ahogando, que esto, y los médicos ya en últimas lo que le decían a uno era que las niñas lo que estaban era falta de macho, que se buscara un marido para que se le quitaran... un día, que fue ese día que mi hija duro las dos horas...

A la niña mía le dio una crisis antes de ayer, iba con la hermana, iban a hacer una tarea, y ahí cerquita de la carretera hay unos estaderos de esos, cuando va llegando la hermana corriendo, cuando me dice “mami a María le dio la crisis allí en la vía de la carretera”. A ella un día le dio la crisis en toda la mitad de la carretera, porque ella tiene que pasar la carretera para llegar al colegio y me le dio la crisis en la mitad de la carretera y menos mal que Dios es grande, y el carro que venía se dio de cuenta que ella se cayó, era un carrito de familia que venía, y los mismos señores que venían en el carro se pararon, la cogieron en el carro y la sacaron de ahí de la carretera, y me buscaron en la casa, como vivimos ahí cerquita, todo mundo la conoce, y me conoce y me fueron a buscar, hasta el señor del carro grabó a la niña como le estaban dando la crisis y todo. Imagínese si a ellas les da eso le da en la mitad de la carretera y un carro viene, una mula, me la atropella, me la mata ahí, entonces yo tengo que estar pendiente de ellas cuando salen del colegio, cuando se van pasando y cuando vienen estoy pendiente ahí.

Autora: ¿Cuál es tu percepción sobre la seguridad de la vacuna contra el VPH?

Bueno, lo último que quiero decir es lo siguiente: de pronto nosotras madres, nos confiamos en lo de la vacuna, como una vacuna que previene cáncer de cuello uterino, una vacuna que es costosa la van a poner gratis para las niñas, nosotros nos confiamos de que era una vacuna buena y le iba a evitar a nuestras hijas una enfermedad que las podría llevar a la muerte, y ahora nuestras hijas están muriendo por esta vacuna que les colocaron o sea lo que iba a evitar

una enfermedad, está produciendo otras enfermedades, que no sabemos si van a tener cura o ¿qué va a pasar con nuestras hijas? Por lo menos yo que perdí una, digo de pronto si mi hija no se hubiera puesto la vacuna, estuviera viva conmigo, estuviera bien. Pero ahora ni qué cáncer, ni mi hija, ahora no tengo nada, y tengo 2 niñas más que también están enfermas y no sabemos si en otro momento les va a dar un cáncer de cuello uterino, no sabemos si les va a dar, todavía no sabemos, porque si les ha dado tantas enfermedades, como no sabemos si les puede dar un cáncer de cuello uterino a las niñas. No se lo deseo a nadie, esto que nosotros estamos viviendo en este municipio, en Carmen de Bolívar.

MF13: Es que eso es lo que yo digo, la gente cree que uno lo que está diciendo es mentira y no es mentira. Yo me venía de Barranquilla era para hacer las actividades para llevar plata para los pasajes, para comprarle las medicinas o lo que hubiera que comprarles a las niñas, había que comprarles los pañales porque había que meterles pañales, había que meterle una crema, había que meterles unas medias, en UCI. Todo eso había que comprarlo todos los días de Dios, a veces se gastaba uno en eso 40 o 50 mil pesos nada más en lo que uno le metía todos los días, entonces [para conseguir] todo eso había que hacer actividades. Una cuñada mía que ella vivía en Barranquilla, era la que tenía a la niña ahí en su casa, vendía también, hacia rifas, hacia peto, hacia perros calientes, hacia postres, todo eso nosotros lo hicimos para medio uno tener, porque eso no le va a llenar el bolsillo, eso era para medio uno tener para la salud de las niñas, para comprar cualquier cosa que pidieran, para las medicinas, para esto, para lo otro.

Yo le voy a decir algo, que yo salí en este pueblo, ojalá alguien le dijera a usted, yo salí con mi hermano un día y nos caminamos almacén por almacén y depósito por depósito pidiendo plata para yo poder tener para los transportes. Sí, yo lo hice y a mí no me da pena decirlo, yo

le decía al marido mío, a mí no me da pena, por mi hija yo hago lo que sea, y yo con mi hermana me caminé hasta donde el periodista Imer Alvis Díaz, periodista de aquí del canal, él lo puede decir, allá a su canal *Telemontes de María* fui y hablé, por el canal, para que alguien me colaborara para yo tener para los pañales para llevarle a la hija mía y entonces él puso el aviso, él me dijo yo lo voy a hacer aquí en el canal. No sé quién me colaboro porque él no me lo dijo nunca pero si me colaboraron con una caja de paños húmedos, una de pañales desechables, no se quien lo llevó allá y me colaboró, bueno se le agradece, no sé quién es, pero se lo agradezco porque eso me sirvió mucho. Depósito por depósito de este, almacén por almacén yo con mi hermana, era la una de la tarde y andaba yo, eran las 3 de la tarde y andaba yo caminando de almacén por almacén pidiendo colaboración para llevar para Barranquilla para la salud de la niña. Porque a mí nunca me han dado un peso, nunca no puedo decir es que ni para decir algo, ni para decir lo de la niña que falleció porque yo no la tenía en un seguro funerario y eso a mí me toco de plata mía, tuvimos que recoger entre la familia, entre los primos entre los que no eran nada para poder pagar lo de la funeraria de la niña, todavía la estoy pagando, todavía no he terminado de pagar y estoy ahí, pagando los gastos fúnebres de la niña porque no teníamos plata en ese entonces y uno quedó en la ruina total, más la niña fallece otro gasto más, todo eso fue, es plata que todavía estamos pagando.

Autora: ¿Cómo hacían para atender una hija en la UCI en el hospital del Norte en Barranquilla y las dos niñas en El Carmen de Bolívar?

MF13: Nosotros nos turnábamos una semana él se iba (su esposo) a Barranquilla y yo hacía mis actividades de los petos y las rifas y una semana, él se venía y él hacía rifas de pescado, compraba unos pescados en la frutera grande y salía en todo el pueblo con la gaza, con el

pescado, vendía las rifas y me mandaba la plata allá, todos los días hacía una rifa, todos los días. Y los amigos le colaboraban le recogían y eso porque él quedó sin trabajo porque, en un trabajo en la empresa no le va a dar tres meses de permiso para que atienda a sus hijas, no se lo dieron. Una semana él se fue, él es chofer, y el día que vino encontró otro chofer y ya quedamos ahí sin trabajo y sin nada, pero él hacía las rifas y vendía las rifas de los pescados y se vendía, cogía un talonario y hacía 100 números y los salía a vender. Él decía a mí no me da pena si esto no es una deshonra, yo hago mis cosas, y él hacía las rifas, y mis hermanos también me colaboraron, también hacían rifas y me colaboraban, tengo 2 hermanas que ellas me colaboraban también en ese sistema de las rifas y hacíamos y salíamos a vender la una por un lado y la otra por el otro y eso lo vendíamos, porque uno todo lo que hace con la buena fe, le sale.

Autora: Lo que me llama la atención es que aquí en el Carmen de Bolívar hace una temperatura muy alta, se percibe mucho calor, en este momento yo percibo unos 28 o 29 grados y todo el año es así, algunos meses son más calurosos que otros, por esto la nevera es un electrodoméstico de primera necesidad, la nevera es supremamente importante porque es lo que nos ayuda a mantener los alimentos frescos, a tener una línea de refrigeración adecuada para el consumo humano. Tener que vender la nevera eso a mí me parece demasiado doloroso, es algo titánico hacer una cosa de estas, viven una epopeya, la dureza de la situación que han tenido que vivir las familias del Carmen de Bolívar, pero es a donde han llegado debido al drama que viven por las enfermedades que se desarrollaron después de la vacunación contra el virus del papiloma humano y así como está esta familia me imagino que hay mil historias difíciles de otras personas que hayan vivido esto.

MF13: Si. He oído comentarios de personas que están para allá para la alta montaña que ellos dicen que han quedado sin nada, que han tenido que vender lo poquito que tienen para poder tratar a sus hijas. Yo he oído señores que dicen que ya vendieron las vaquitas que tenían, que ya vendieron las cosas de la casa que ya están sin un peso que ya no tienen ni para los transportes porque ya les ha tocado de venderlo para llevar las hijas particularmente a otras partes, a otros médicos para ver si de pronto [mejora la salud de las niñas]...y varios testimonios hay aquí así.

Personas que han quedado en absoluta miseria porque uno puede verse así, sin nada, así como yo le digo, yo quede sin nada; quedé con mi casita porque no me dio tiempo de venderla porque si de pronto mi hija hubiera seguido viva hasta la hubiese vendido pero bueno como ella falleció antes de tiempo entonces no se pudo pero yo hasta la idea tuve de venderla, yo dije la vendo! pero bueno vender esas cosas, la nevera, la máquina de coser, el televisor. Imagínate mis hijas quedaron sin televisor, un televisorcito tenía y quedaron sin televisor, ellas me decían, ¿mami y ahora donde vamos a ver televisión?

MF13: Iban donde las tías y allá veían televisión, pero en el día, en la noche ya no iban porque en la noche no iban a salir a la calle a ver televisión, decían mami vamos para donde mi tía a ver la novela o lo que les gustara. Si a la persona dueña de la casa no le gusta el programa, eso se venían, me decían “ay, no están viendo lo que yo iba a ver”, entonces son cosas que a uno le da dolor, le duele de que un hijo tenga que estar saliendo donde un vecino o donde un hermano donde sea, pero estar en la calle para ver televisión.

Entonces todo eso me tocó a mí con mis hijas, todo eso me ha tocado porque para poder sacarlas adelante, luchar por las que tengo vivas todavía porque es una cosa que ...yo le voy a decir algo, yo, mi hija murió, y yo no he tenido tranquilidad, yo no he tenido ni tiempo para

llorar la muerte de mi hija, no he tenido tiempo, no lo he tenido porque yo le voy a decir algo, mi hija estaba encajonada en la sala de mi casa y a mí me tocó dejar dos veces ese velorio ahí solo e irme para el hospital con las otras que le habían dado la crisis.

(Carmen de Bolívar: MF13, 2018)

Son muchas las historias parecidas a la que se ha narrado en esta entrevista, son muchas las familias que sus dinámicas fueron cambiadas a partir de los cuadros clínicos presentados por sus niñas después de recibir la segunda dosis de la vacuna anti VPH que el Estado colombiano incluyó en el Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI). Estas complicaciones en la salud de las niñas se han profundizado con el correr del tiempo.

En la tabla 8, se enseña de manera sintética los cuadros clínicos mencionados por las madres, padres o las mismas niñas que fueron afectadas por la vacunación masiva contra el virus de papiloma humano (VPH) en el municipio de El Carmen de Bolívar y la vereda de Caracolí.

Tabla 8. Cuadros clínicos adversos en las niñas vacunadas contra VPH en el municipio de El Carmen de Bolívar.

Cuadros clínicos adversos desarrolladas en las niñas vacunadas contra VPH en el municipio de El Carmen de Bolívar			
Registro	Entrevista	vacunadas	Cuadros clínicos después de la vacunación
1	PF2	3	Lupus, cáncer, leucemia, ovarios poli quísticos, problemas renales, problemas gástricos, daños psicológicos.
2	PF3	2	Brote en la piel, desmayos, dolor de cabeza, dolor en las extremidades, las piernas y a veces no podía caminar, un intento de suicidio, se cansa rápido, se está ahogando, lupus, problemas de leucemia, problemas renales serios, problemas gástricos, problemas cardíacos, problemas de visión, ovarios poliquísticos, vomito con sangre.
3	MF1	1	Desmayos, hinchazón en la cara, los brazos y luego todo el cuerpo, brotes, caída del cabello, se le bajan mucho las plaquetas, descalcificación de los huesos, falta de vitamina D en los huesos, problemas auditivos y de visión, apendicitis (operada pero el dolor continuo), 72 quistes en los ovarios. Manchas negras en la piel, pérdida de apetito, ansiedad por comer, problemas respiratorios, baja autoestima, gastritis, vomito, reflujo, vaginitis, infecciones en la vulva, cambios en la personalidad (se volvió amargada).
4	MF3	1	Dolor en el pecho y las piernas, mucho flujo vaginal, problemas en la vista, ovarios poliquísticos, culebrilla (herpes), no se concentra, depresión, gastritis crónica, convulsión.

5	MF4 y otro	2	Intentos de suicidio, convulsiones, lupus, desmayos, déficit de atención, migraña, problemas neurológicos.
6	MF5	1	Convulsiones, problemas del oído, de azúcar, quistes en ovarios, colesterol, piernas torcidas y también hay afectaciones a bebés nacidos de mujeres vacunadas, ellos presentan raquitismo, bajas defensas y dolores estomacales.
7	MF6	3	Piernas torcidas, problemas de corazón, síndrome de Von Willebrand, posible lupus, pérdida fuerza muscular, después de la primera vacuna el brazo y e seno se inflamaron, quistes en senos, dolores de cabeza, los malestares en las piernas, dolores en los huesos, pérdida de peso, desnutrición, hemorragia durante el ciclo menstrual muchos coágulos, problemas de sangrado, de los cambios de la coagulación de las defensas, de la hemoglobina, depresión, dos intentos de suicidio, la piel no le cicatriza.
8	Docente de colegio	80	Desmayos, torceduras en las extremidades, dolores en las articulaciones inferiores, manifiesta dolores abdominales, dolores de cabeza, desmayos, rigidez, lupus diagnosticado, problemas en sistema óseo, problemas del corazón, intentos de suicidio, suicidio, se les traban las articulaciones, problemas de colon, problemas visuales, ovarios poliquísticos, dañarse a sí mismas durante las crisis o episodios de convulsiones (arañarse, apretarse el cuello hallarse el cabello, pegarse contra las paredes), agresión.
9	MF5	1	Miomas en el cuello del útero, manchas en la piel, problemas cognitivos.
10	Moto taxista	Percepción general	Intentos de suicidios, traumas psicológicos, desmayos, caer inconscientes, estigma social.

11	OI2	Percepción general	Desmayos, mandíbulas tensionadas, intentos de suicidio, dolor de cabeza.
12	MF7 y otra	5	Dolor de piernas y pecho, desmayos, depresión, dolor de cabeza, vomitaba, anemia, cambios en color de la piel.
13	MF8	5	Quistes en el cuello del útero, mucho dolor durante la menstruación, dolor de cabeza, dolor de cerebro, agresión durante crisis (morder, arañar) dolor del bajo vientre, desnutrición, delgadez extrema, hinchazón en un brazo, un brazo muerto, durante las crisis botan espuma por la boca con olor a formol y el bebé que una de estas mujeres tuvo presenta problemas en la piel (eczema), nació con hongos en el cabello y es enfermizo.
14	MF9, MF10, MF11, MF12.	5	100 intentos de suicidio, dos niñas muertas. Quistes, problemas cardiacos, problemas visuales, problemas de movilidad, debilidad, cansancio, problemas con salud mental, depresión, ideas suicidas, deterioro del ánimo, desmayos, boquita torcida, parálisis, sin movilidad en las piernas por tres meses, delgadez extrema, asfixia y dolor, pérdida de apetito, náuseas, tos, pérdida de visión, cambios en la menstruación, migraña, mucho dolor en las articulaciones.
15	MF13	3	Una de sus tres hijas vacunadas falleció (afectaciones en riñones y el hígado, hinchazón de articulaciones y después de todo el cuerpo, lupus) Problemas estomacales (una masa en el estómago), vomito, desnutrición, problemas en las piernas, convulsiones, dolor en el pecho, desmayos, problemas de vista, problemas de

			colon, ovarios poliquísticos, flujo abundante, intentos de suicidio.
16	MF4	1	Hormigueos, cambio en el color de la piel, dolor al tacto (alodinia) corrientazos, dolor quemante.

Fuente propia, (2019) a partir de datos tomados del trabajo de campo realizado en Carmen de Bolívar y Caracolí.

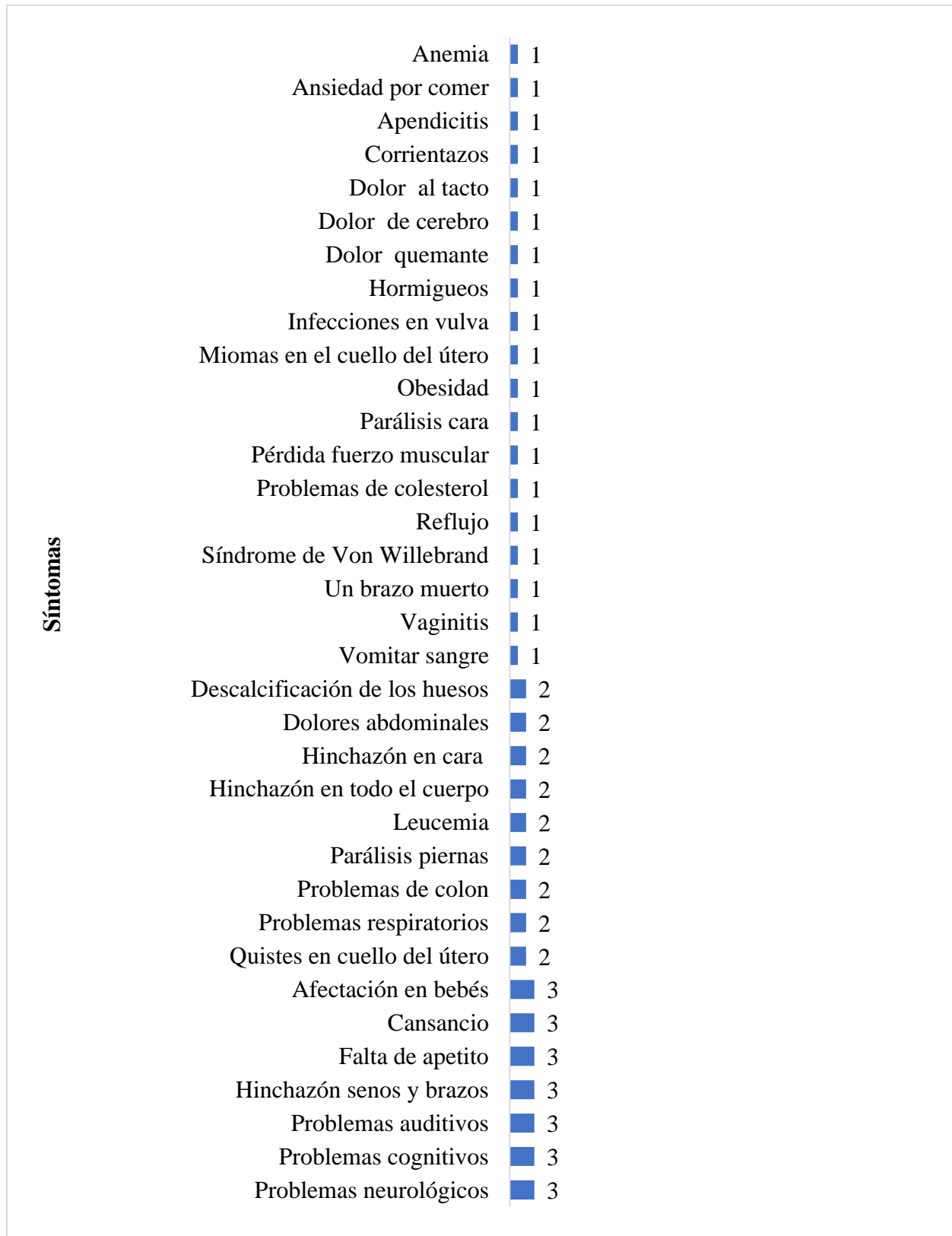
En esta tabla, aparecen los cuadros clínicos de las niñas observados por sus padres, por lo tanto es un lenguaje sencillo, no es metalenguaje médico; es la percepción de algunos padres de familia y de otras personas habitantes del Carmen de Bolívar y de Caracolí.

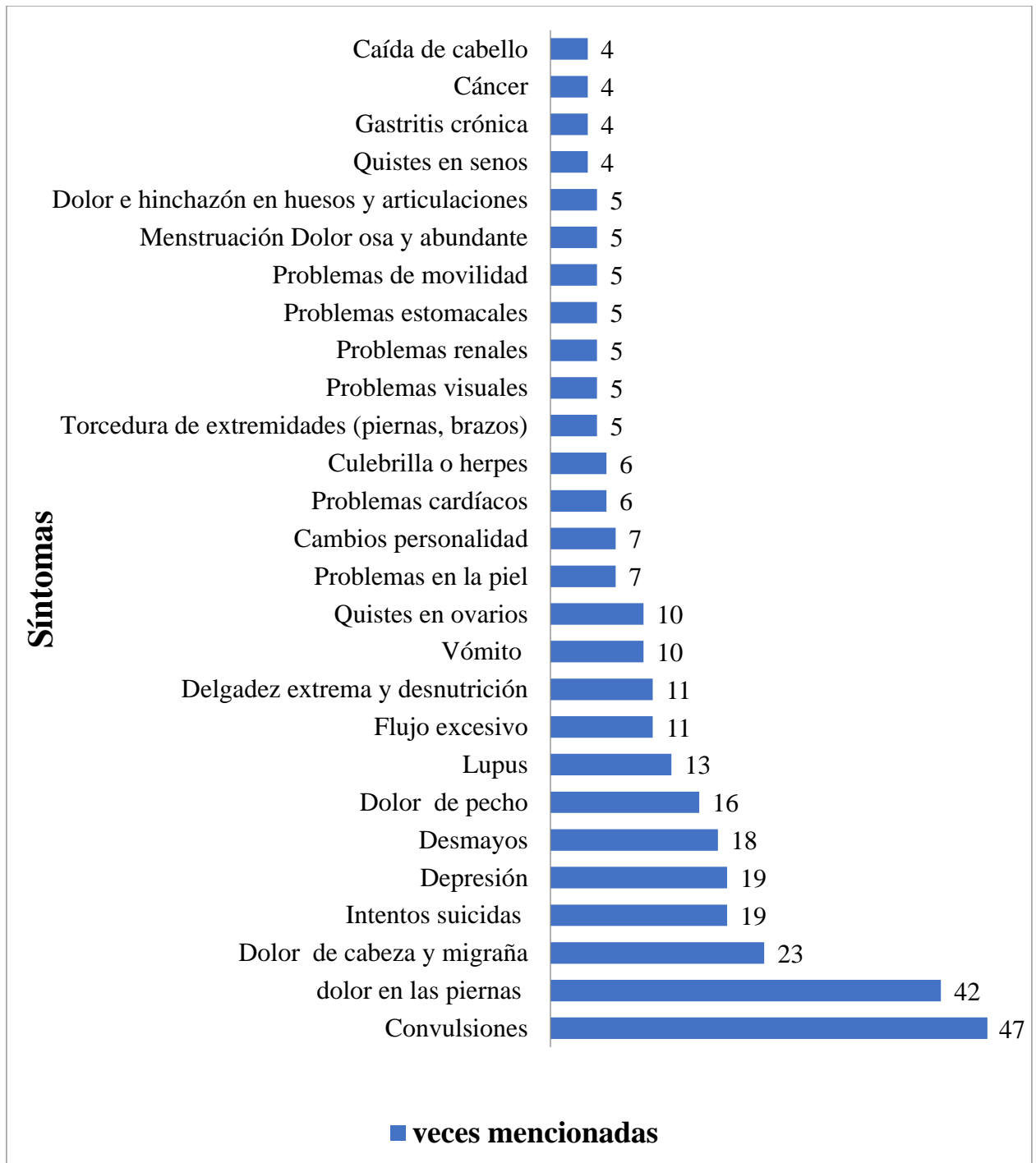
Durante las entrevistas solían llegar personas que conocían a otras niñas afectadas y relataban los casos de ellas, se trataba de sus vecinas, familiares o conocidas, así que los efectos puestos son tanto de las hijas de los entrevistados como de otras niñas.

Aunque se presentan cientos de intentos de suicidio, hasta ahora uno de ellos ha sido fatal pero ha sido de mucho impacto en el cuerpo social afectado, por esto varias personas los nombran. Hubo muchos intentos auto infringidos por varias niñas; este hecho tiene a los padres de familia en constante alerta que hace que tomen medidas de seguridad y protección.

En el siguiente gráfico se muestran los efectos adversos que las personas mencionaron en las entrevistas, cabe resaltar que la muestra es pequeña y no abarca todo el fenómeno ocurrido en el municipio de El Carmen de Bolívar, muestra las veces que se mencionó un efecto en niñas de la muestra y en conocidas, familiares y demás.

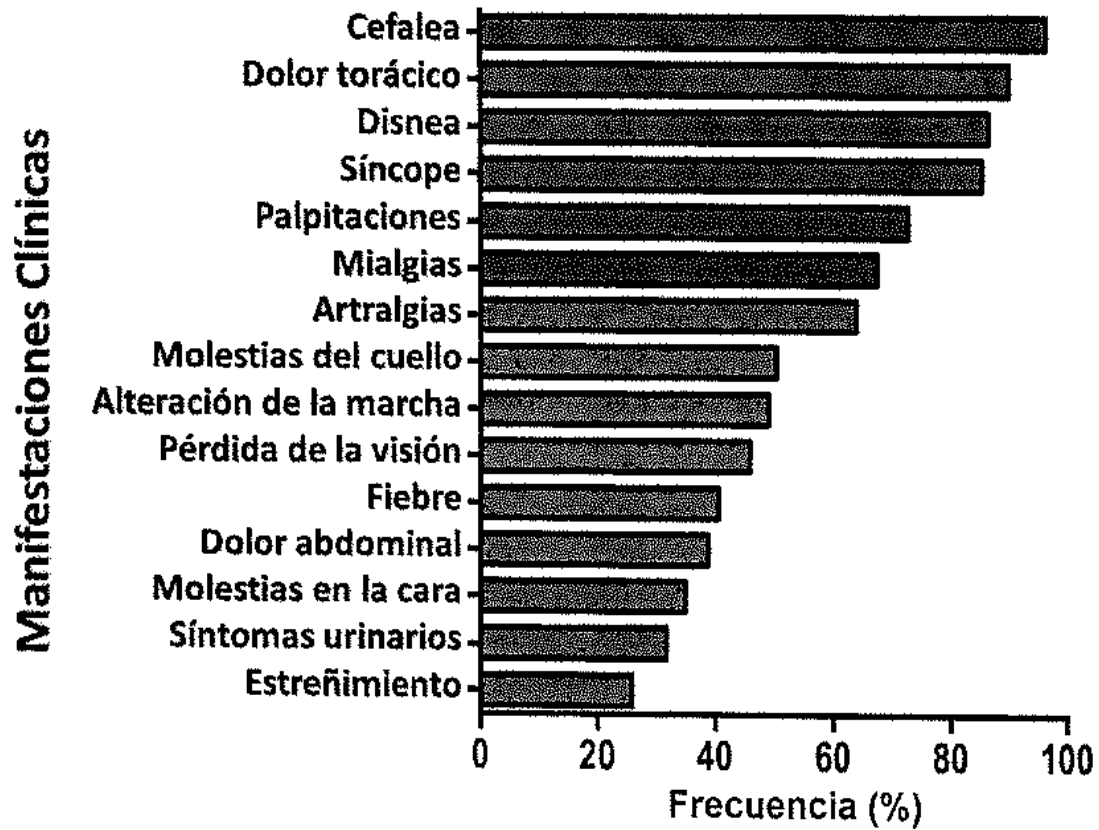
Figura 11. Cuadros clínicos adversos de las niñas vacunadas contra el VPH en C. de Bolívar.





Fuente Propia, 2019. Trabajo de campo.

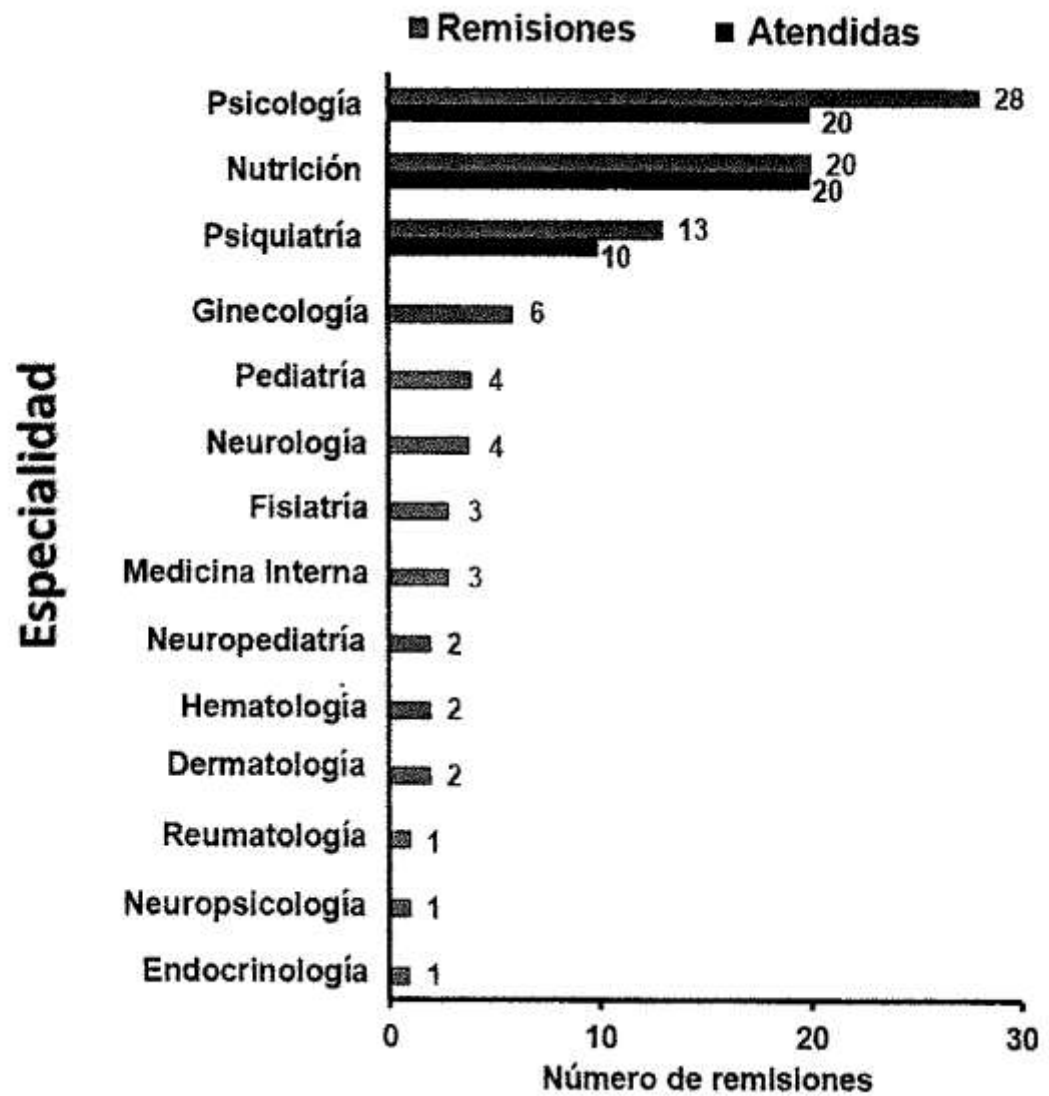
Figura 12. Manifestaciones clínicas registradas en el estudio de la Universidad de Cartagena



Fuente: Verbel et al (2018, p 75)

El equipo dirigido por el científico Verbel indica las manifestaciones clínicas registradas por la muestra tomada por ellos y agrupadas por cuadro clínico. En contraste con la figura 11 que fue una recopilación obtenida de las entrevistas con los padres de familia.

Figura 13 □.Remisiones a especialistas - equipo Verbel et al.



Tomado de Verbel et al., 2018, (p.79)

En la figura 13 indica las remisiones de las niñas a las correspondientes especialidades enviadas por el equipo de Verbel et al., (2018).

4.2.5 El discurso oficial del Estado

A partir de la Declaración Universal de Derechos Humanos formalizados para garantizar la *dignidad y el valor de la persona humana* y teniendo en cuenta una parte del abanico de elementos que constituye el concepto de dignidad humana, en la presente investigación se toma el reconocimiento de la dignidad en cuanto al respeto por la integridad física de las personas, específicamente atendiendo el derecho a la salud física psicológica y moral. La obligación del Estado es ser garante de los derechos humanos.

En la Constitución Política de Colombia de 1991 están incluidos los derechos humanos como derechos fundamentales; y sobre el derecho a la salud, en el artículo 49 textualmente afirma que:

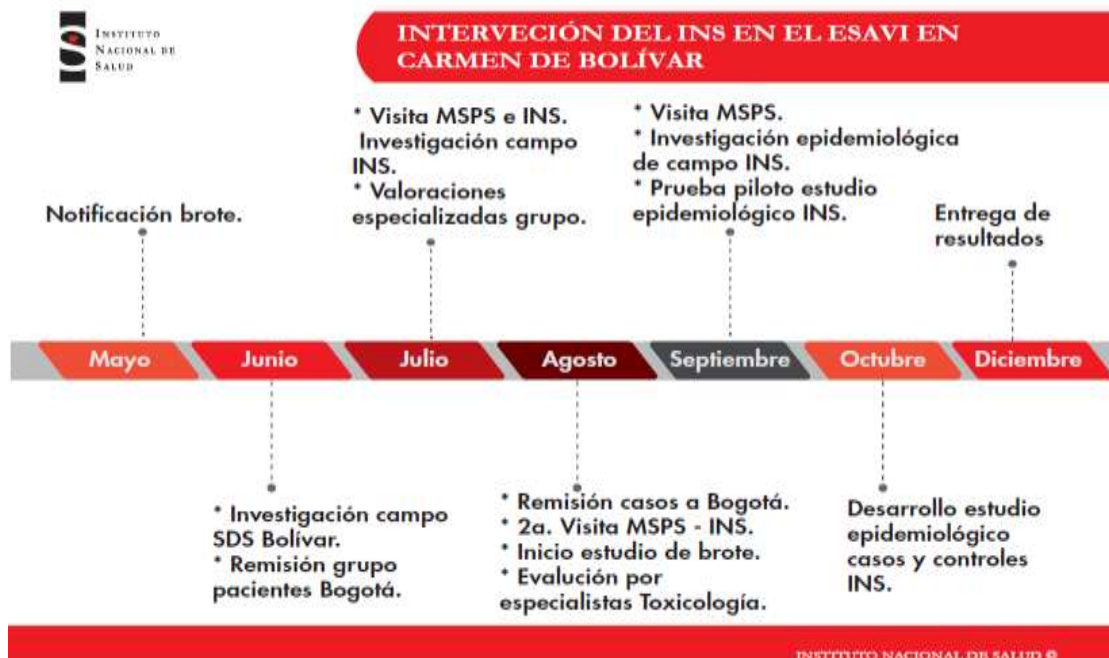
Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley.

En este sentido, el MSPS de Colombia tiene una dependencia que es el Instituto Nacional de Salud (INS), dentro de sus funciones está la labor de “Diseñar e implementar, en lo de su competencia, el modelo operativo del Sistema de vigilancia y seguridad sanitaria en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (INS, en línea) con lo cual han diseñado un formulario para reportar eventos supuestamente atribuidos a las vacunas o inmunización, son los reportes ESAVI en ellos se informan los casos que han presentado reacciones adversas por las vacunas.

En lo referente a la vacuna, tetravalente, anti VPH aplicada en las jornadas de vacunación en el territorio colombiano a partir del año 2012 que se incluyó en el PAI, se encuentra que en el año 2012 hay 10 casos de ESAVI; en el año 2013 hay 37 casos y reportan la muerte de una niña en Puerto Libertador, departamento de Córdoba que también está ubicado en la región Caribe Colombiana, la niña vacunada el 5 de mayo del año 2013 inició los síntomas el 8 de mayo, ese mismo día falleció. El INS, en el informe de eventos lo reportó así: “Niña de 11 años de edad, vacunada con VPH en el departamento de Córdoba, se encuentra clasificada como caso no concluyente o desconocido en unidad de análisis con expertos a nivel nacional” (INS, 2013, p.22).

En marzo del año 2014 se continuó con la implementación de la vacunación anti VPH en El Carmen de Bolívar, inocularon la segunda dosis. A partir de mayo del 2014, iniciaron reacciones físicas en los cuerpos de las niñas inoculadas pero los padres de familia ni el resto de la comunidad lo relacionaban con la vacuna hasta que se iniciaron los eventos de manera masiva en las instituciones educativas. Fue entonces cuando el gobierno nacional hizo presencia a través de una comisión del INS desarrollando su intervención a partir del mes de mayo y hasta diciembre del año 2014:

Figura 14. Línea de tiempo de intervención del INS en Carmen de Bolívar



Fuente: INS (2015, diapositiva 10)

En enero 16 del año 2015, el INS entregó los resultados que en su informe titulado *Brote de evento de etiología desconocida en el municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014. Informe Ejecutivo (Ene 16 2015)*, dice:

El 3 de junio de 2014, el equipo de inmunoprevenibles de la Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública del Instituto Nacional de Salud fue notificado por un posible brote de enfermedad transmitida por alimentos (ETA) debido al consumo de agua o un posible evento supuestamente atribuible a la vacunación o inmunización (ESAVI) por la vacuna tetravalente contra el virus del papiloma humano (VPH) ocurrido el 30 de mayo de 2014, durante la semana epidemiológica 22, en la institución educativa oficial Espíritu Santo del municipio de El Carmen de Bolívar (Bolívar). Se informa que un grupo de 15 niñas con edades entre 11 y 17 años fueron atendidas ese día en el servicio de urgencias de la E.S.E.

Hospital Nuestra Señora del Carmen del municipio, por presentar un cuadro clínico caracterizado por taquicardia, dificultad respiratoria y parestesias “adormecimiento” de manos y piernas. Los antecedentes en común de este grupo de estudiantes son el consumo de agua en bolsa y de alimentos en el colegio, así como la aplicación de la segunda dosis de la vacuna contra el VPH durante el mes de marzo del 2014 (INS, 2015, p.1).

Las hipótesis que podrían dar cuenta del brote, se resumieron de la siguiente manera:

1. Enfermedad transmitida por agua y alimentos-ETA (papas fritas y agua en bolsa).
2. Reacción adversa de la vacuna contra el virus del papiloma humano.
3. Fenómeno socio psicológico en los estudiantes (uso de tabla ouija).
4. Reacción a plaguicidas (fumigación en lote cercano al colegio).
5. Posible intoxicación por sustancias psicoactivas.

En el estudio realizado por el equipo del INS, de acuerdo a sus hallazgos, descartaron una a una las cinco hipótesis planteadas al inicio de la investigación. Revisaron las historias clínicas de 938 niñas que se enfermaron y buscaron ayuda médica en los centros de atención médica que hay en el Carmen de Bolívar:

El municipio de El Carmen de Bolívar cuenta con seis UPGD: E.S.E. Giovanni Cristini de I nivel, E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen de II nivel de atención, IPS Saludcoop Carmen de Bolívar, IPS SaludVig, IPS salud integral, y la IPS Celta. Las dos instituciones públicas ofrecen servicios de urgencias y consulta externa, por su parte las privadas solamente ofrecen consulta externa. En total se revisaron 938 historias clínicas de cuatro de las seis instituciones (INS, 2015, p.21).

Después de revisar las historias clínicas encontraron que “el total de niñas y adolescentes (509) que cumplieron con la definición de caso para el evento de etiología desconocida se documentó el antecedente de vacunación con al menos una dosis aplicada en el 52,2 % de los casos, con dos dosis de vacuna el 44,84 % de los casos y con el esquema completo el 3,4 % de los casos” (INS, 2015, p.26).

Con el siguiente argumento, el equipo de investigación del INS descartó la relación de las enfermedades desarrolladas por las niñas después de las jornadas de vacunación con la vacuna anti VPH, es decir queda descartada la hipótesis *2.Reacción adversa de la vacuna contra el virus del papiloma humano*:

Finalmente las pacientes que presentaron el evento de etiología desconocida en promedio iniciaron signos y síntomas 15,4 meses después de la tercera dosis, con un mínimo de 2,4 meses y un máximo de 27,6 meses; pero tras la revisión de signos y síntomas y por el tiempo transcurrido entre la aplicación de la segunda dosis hasta la presentación del evento (superior a dos meses), se decide descartar el Esavi como causa de la atención medica de las niñas (INS, 2015, p.27).

Lo he subrayado por su importancia en el impacto en el cuerpo social afectado y el sufrimiento social que se agravó a partir de esa decisión.

En el apartado *6.Discusión*, del cuerpo del informe, adicional a la ilustración de la metodología usada en el estudio y de la presentación de los cuatro episodios de alertas, mencionan características de la psicogenia masiva. En el último párrafo de la discusión dice: “En este sentido, se hace necesario replantear las hipótesis del estudio en el que se propone como tal:

la enfermedad psicógena masiva está asociada con la presencia del brote del evento de etiología desconocida en estudio en niñas y adolescentes de El Carmen de Bolívar” (INS, 2015, p.36).

En el apartado de *7. Conclusiones* del informe, también señalan la metodología usada. En el subpunto 9 indica el cuadro clínico que ellos encontraron pero que no dejarán secuelas en la salud de las niñas:

El evento de interés en salud pública de etiología desconocida ocurrido en el municipio de El Carmen de Bolívar se caracterizó por un cuadro clínico de presentación aguda de cefalea, dificultad respiratoria, hiperventilación, parestesias en miembros superiores e inferiores, síncope, desvanecimiento y mareo, con una evolución sin dejar secuelas y sin encontrar en la mayoría de los casos alteraciones en el examen físico o en las pruebas paraclínicas realizadas, pero con un porcentaje importante de re consultas por el mismo cuadro (INS, 2015, p.38).

En febrero del 2015, el INS socializó la investigación realizada en el Carmen de Bolívar, lo hizo ante el cuerpo social y la comunidad médica. La presentación se titula: *Estudio de enfermedad supuestamente atribuible a la vacunación contra VHP. Instituto Nacional de Salud. Febrero de 2015*. En esa reunión, además de indicar la metodología usada, los momentos de intervención del INS, también recalcan que lo sucedido es un evento psicógeno masivo:

¿Las niñas del Carmen de Bolívar están enfermas?

SI, pero esta enfermedad no tiene una relación biológica con la vacuna de VPH, sin embargo la exagerada percepción del riesgo frente a la vacunación fue el detonante para que se presentara el evento psicógeno masivo (INS, 2015, diapositiva 39).

Seguidamente desarrollan el contenido de las diapositivas que explican la pregunta ¿qué son los síndromes conversivos?, la explicación ocupa las diapositivas 40 y 41 donde se indica que el paciente convierte el malestar emocional en un síntoma físico. Dando paso a la diapositiva 42 que explica cinco características de la Enfermedad Psicógena Masiva (EPM), la diapositiva es la siguiente:

Figura 15. Definición de EPM por parte del INS.



Fuente: INS, 2015, diapositiva 42

Con la socialización del informe realizado por el INS en febrero del año 2015, que tuvo cubrimiento mediático de prensa escrita, radio, televisión, e internet, la situación del Carmen de Bolívar quedó invisibilizada a nivel nacional e internacional. El gobierno no ha atendido

debidamente, a las niñas ni a sus familias afectadas, amparándose en la decisión del INS que “decide descartar el Esavi como causa de la atención medica de las niñas (INS, 2015, p.27)”, los medios de comunicación nacional ya no hacen presencia en el municipio. Las niñas enfermas y sus familias quedaron solas librando una lucha que ellas no habían iniciado donde las enfermedades en sus órganos y en todo su cuerpo fueron catalogadas como una reacción psicógena masiva.

Estrategias de resistencia del cuerpo social afectado

En la medida que las niñas engrosaban el calibre del lazo de las enfermedades que ahogaba al cuerpo social afectado, se fortalecían las redes de apoyo entre los padres de familia que corrían con la misma suerte. Ellos se agruparon en tres asociaciones:

Asociación afectada vacuna papiloma Colombia – AAVP COL

Asociación de padres de niñas afectadas por el VPH

Asociación de madres de niñas montemarianas afectadas por el VPH

Las asociaciones siempre han contado con el apoyo, la guía y el acompañamiento de la directora de la Organización para la defensa de los derechos de los ciudadanos ODDC, que también tiene una niña que se enfermó después de la vacunación contra el VPH. Unidos consiguieron que autorizaran un estudio realizado por el científico PH.D. Jesús Olivero Verbel y su equipo de la Facultad de Ciencias Farmacéuticas de la Universidad de Cartagena. El estudio fue publicado y socializado en abril de 2018 y lleva por título *Evaluación de los efectos del proceso de vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes de Bolívar*, mediante Convenio N50 del 26 de septiembre de 2017, celebrado entre el Departamento de Bolívar y la Universidad de Cartagena. Los carmeros estuvieron a la expectativa de los

resultados de este estudio esperando que en él se argumentara la causalidad entre la vacuna anti VPH u otra causa con los cuadros clínicos desfavorables en el cuerpo de las niñas. Las siguientes voces indican la inconformidad con el estudio:

PF3: Fíjate que con la universidad de Cartagena, ¡ahora mismo no queremos nada con esa universidad! Ellos a mi hija le hicieron el estudio y dice que en la sangre no sé qué, pero no sale nada. El estudio fue grandiosísimo fue con todo un equipo y el tipo que dirige es un doctor que tiene que ver con la contaminación, hizo un estudio en Cartagena [sobre contaminación] pero esos estudios no los hicieron aquí. ¡Ellos creen que el pueblo es ignorante!

(Carmen de Bolívar: PF3, 2018)

MF6: La universidad de Cartagena con la gobernación [hicieron un convenio]...costó muchos millones de pesos, fue un convenio y mire los diagnósticos que nos dieron, eso da hasta pena [vergüenza] es una hoja de “evaluación pediátrica y resultado de análisis de laboratorio” aquí fueron pocas niñas las favorecidas con estos estudios pero igual ¡no salió nada! Aquí [en Caracolí] solamente unas 10 niñas fue a las que se les hizo eso (Caracolí: MF6, 2018).

PF3: Esa investigación duró ocho meses, la conclusión ellos dicen que fue que las niñas están enfermas y pues eso lo sabemos desde el primer día. Pero no nos dicen que las niñas tienen afectación por la vacuna contra el virus del papiloma humano. Nos dieron una serie de resultados que ahí están, es una hojita (Carmen de Bolívar: PF3, 2018).

Una vez más los carmeros pasaron por otra desilusión, pues quedaron disgustados con el reporte del estudio donde no se demostró la causalidad de la vacuna con las enfermedades desarrolladas en las niñas pero tampoco indicó otra causa. Los padres de familia continuaron

pidiendo la atención del Estado para esclarecer la causa de los cuadros clínicos y para pedir protección al derecho a la salud.

Percepción del cuerpo social afectado sobre la atención del gobierno

Los ciudadanos partimos de que el Estado colombiano debe ser garante de los derechos fundamentales de su pueblo basándose en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en la Constitución Política de Colombia de 1991 en su artículo 49 y en la ley estatutaria 1751 del año 2015, mismos que garantizan el derecho a la salud que es el tema que nos ocupa.

Específicamente la ley 1751 formaliza los deberes del Estado colombiano a proteger y proveer la salud a que tienen derecho sus habitantes. Para el tema de la presente investigación es pertinente recalcar los artículos 5° y 6° de esta ley, que textualmente ordena:

Artículo 5°. *Obligaciones del Estado*. El Estado es responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo del derecho fundamental a la salud; para ello deberá: a) Abstenerse de afectar directa o indirectamente en el disfrute del derecho fundamental a la salud, de adoptar decisiones que lleven al deterioro de la salud de la población y de realizar cualquier acción u omisión que pueda resultar en un daño en la salud de las personas....c) Formular y adoptar políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales. d) Establecer mecanismos para evitar la violación del derecho fundamental a la salud y determinar su régimen sancionatorio. f) Velar por el cumplimiento de los principios del derecho fundamental a la salud en todo el territorio nacional, según las necesidades de salud de la población. i) Adoptar la regulación y las políticas indispensables para financiar de

manera sostenible los servicios de salud y garantizar el flujo de los recursos para atender de manera oportuna y suficiente las necesidades en salud de la población.

Artículo 6°. Elementos y principios del derecho fundamental a la salud. El derecho fundamental a la salud incluye los siguientes elementos esenciales e interrelacionados... f) Prevalencia de derechos. El Estado debe implementar medidas concretas y específicas para garantizar la atención integral a niñas, niños y adolescentes. En cumplimiento de sus derechos prevalentes establecidos por la Constitución Política. Dichas medidas se formularán por ciclos vitales: prenatal hasta seis (6) años, de los (7) a los catorce (14) años, y de los quince (15) a los dieciocho (18) años.

Estos son los derechos que, el cuerpo social afectado, reclama al gobierno colombiano pero que no han tenido respuesta satisfactoria a estos requerimientos generando una apreciación negativa a la seriedad del Estado colombiano frente a la atención y garantía de la salud de las niñas.

“Pelemos contra un monstruo sin rostro”

Las asociaciones conformadas para llevar la voz del cuerpo social afectado ante los representantes del gobierno, entre ellas, Asociación afectadas vacuna papiloma Colombia – AAVP COL, Asociación de padres de niñas afectadas por el VPH y Asociación de madres de niñas montemarianas afectadas por el VPH, se unieron para pedir ayuda al gobierno representado por el Alcalde del municipio de El Carmen de Bolívar, al Gobernador del departamento de Bolívar, a la Procuraduría, en fin a todas las entidades gubernamentales que creen que pueden ayudar a superar y a atender la delicada salud de las niñas.

Las siguientes voces narran las acciones de las asociaciones ante el gobierno solicitando su atención en la solución del deterioro físico de las niñas que presentaron cuadros clínicos desfavorables a su salud y la percepción que tienen del Estado colombiano frente a la situación que se vive en el municipio de El Carmen de Bolívar:

PF2: Aquí hay tres asociaciones, todas luchando por las niñas, porque aquí hay un propósito y es decirle al gobierno que tiene que venir a darle un tratamiento efectivo a las niñas, sin someterlas.

MF3: Hay que hacer estrategias porque es que estamos peleando contra un monstruo, estamos peleando con un monstruísimo.

MF4: peleamos Con alguien peor que las FÁRC. Ciertamente, sí, es que las FARC sabían que si fueron ellos y todo mundo lo acepta, Con las FÁRC tuvimos rostro, 50 años demoró ese rostro vivo, ahora tenemos otro enemigo pero sin rostro.

MF3: Yo lo he llamado el mayor feminicidio de los Montes a María ¿oyó? Este es el mayor feminicidio de los Montes a María, es que no hay otra forma de llamarlo!

(Carmen de Bolívar: 2018)

PF2: Hemos venido denunciando a fiscalía y Procuraduría con este tema. Hemos conservado los carnet que nos han dado porque hemos visto que hay niñas que les colocaron 4 y 5 dosis. La niña que falleció con lupus ella fue diagnosticada en agosto del 2016 y falleció el 31 de diciembre del mismo año.

PF3: El secretario de salud municipal salió hablando a los medios, en RCN dijo que la niña tenía una enfermedad de base del 2010. Dije, usted no puede decir eso porque usted no es médico además no ha revisado la historia clínica porque en ella se muestra que fue a partir del 2014. Entonces el papá fue a hacer un daño, entonces la policía, por qué él está dolido porque es su hija y la policía lo detuvo; a él le quedaron dos hijas que le dan las crisis.

Nosotros necesitamos es que nos cure las niñas, usted [gobierno] colocó la vacuna usted me la cura. Yo ya pelié con el señor ministro en Bogotá. Yo estuve en la plenaria del Senado en Bogotá y le dije señor ministro háganos el favor y nos busca solución al tema de Colombia y del Carmen de Bolívar de los Montes de María.

En la noche un señor se comunicó conmigo y un compañero y yo dimos nuestro testimonio, el señor XX dice que ha ido al ministerio y nunca lo han querido atender y que el gobierno con su diagnóstico de psicogenia masiva tan perversos ellos que siguen promoviendo la vacuna.

PF2: Especialmente [hubo] una audiencia pública para hablar sobre el virus del papiloma humano, donde invitaron al señor ministro y no se presentó, mandó a un representante que se llama Elkin Osorio. Nosotros dimos nuestro testimonio, así como le hemos contado ustedes, y hay una niña de Barranquilla que fue atendida por el toxicólogo Camilo Uribe donde le decía a la niña que se parara que estaba fingiendo... a la niña que la estaban atendiendo en la audiencia pública tenía cuello ortopédico, cuando a la niña le quitaron el cuello su cabeza se va de para atrás, esto le cae acá abajo, nosotros lloramos, todo el mundo lloramos. La niña le decía, usted me decía que me parara porque yo estaba fingiendo; su mamá decía usted cree que la niña puede fingir con el cuello que le colocaron? El no tuvo palabras para decir nada. El doctor Camilo Uribe estuvo en audiencia pública. Todos escuchamos los testimonios.

Hubo un senador Name que dijo que a estas familias tocaba que indemnizarlas, y que iban a hacer con el resto de las niñas de Colombia que estuvieran enfermas. Nos dijeron que teníamos otra segunda oportunidad, otra audiencia pública en la plenaria; pero no he hecho más gestiones. Hay una [mujer] que es la presidencia de salud que es la senadora Nadia Blel Scaff que es de Bolívar ella es de la Comisión séptima en el Senado, y el senador Araujo que es de aquí de Bolívar siempre han tocado el tema de aquí de El Carmen pero vuelvo y le repito, todo se queda en actas y actas en reuniones y no se concreta nada. Entonces esto es preocupante porque no tenemos respuesta del gobierno. Porque esto ya es un monstruo, un monstruo grande que es el gobierno nacional, que esto es como una pelea de burro amarrado con tigre, como decimos. Muchos médicos se han prestado para decir que el problema de las niñas es psicológico, yo le dije médico cuando usted estudió, hizo un juramento ¡para salvar vidas no para cortarlas! El médico lo que hizo fue agacharla [cabeza]. Por favor hable la verdad de lo que estamos viviendo y el médico me dijo eso hay que hacer investigaciones, yo le dije eso se lo dejamos a Dios. La enfermedad de las niñas los médicos se las están ocultando. Los medicamentos nosotros como padres se los estamos comprando porque las EPS dicen que eso no lo cubre el POS. Nos toca a nosotros como padres de familia, comprárselos.

Autora: ¿Qué mecanismos han usado para pedir la atención del gobierno debido a que no atienden las solicitudes formales en las reuniones que han tenido con sus representantes?

PF3: Lo que hemos conseguido ha sucedido por las manifestaciones, por cierre de la carreteras, cierre de colegios, nos hemos encadenado en las rejas del hospital. Nosotros hoy estamos luchando y ya tenemos conseguido que venga el procurador General de la nación, aquí.

(Carmen de Bolívar: 2018)

El periódico local registró las vías de hecho ejecutadas por los padres de familia:

“Los accesos al hospital están bloqueados con cintas amarillas de prevención. Cerca de la una de la tarde, el alcalde Vega, al final de una reunión extraordinaria con docentes, funcionarios de la Gobernación de Bolívar, Ministerio de la Salud y de la Policía, se dirigió de urgencia hasta los alrededores del hospital para dar un mensaje de tranquilidad a la gente y evitar alteraciones del orden público” El Heraldó, (2014).

Como se puede deducir de las anteriores entrevistas, los padres de familia de las niñas afectadas, de diferentes maneras han buscado ayuda del gobierno colombiano pero no han tenido su atención de manera satisfactoria en el beneficio de la salud de las niñas. Ellos buscan que se defiendan los derechos de sus hijas, el derecho a la salud, el derecho a llevar una vida digna, el derecho a que se las respete, entre otros porque tanto los centros médicos como el Instituto colombiano de Bienestar Familiar no las han defendido. La indiferencia del gobierno ante el problema, la falta de aceptación por parte del gobierno de que las niñas enfermaron después de ser inoculadas en la jornada de vacunación anti VPH, de manera masiva y obligatoria sin consentimiento por parte de los padres de familia y sin informarles sobre las posibles reacciones adversas, son lo que manifiestan las siguientes voces:

PF3: El gobierno nacional se ha hecho el sordo con el tema del Carmen de Bolívar y las niñas de Colombia porque es que en Colombia hay niñas afectadas en todo el país. No es que los padres nos lo estemos inventando por eso son testimonios reales de que las niñas no actúan [actrices] sino que están enfermas. El gobierno nacional fue quien colocó la vacuna, entonces el gobierno nacional tiene que devolverles la salud de nuestras hijas.

Pero nadie se ha manifestado con el tema de las niñas, ni el gobierno, nosotros no podemos ocultar la verdad que está sucediendo. Ahora en Bogotá hay niñas afectadas, en Barranquilla, Cali y sabemos que la vacuna ha hecho estragos en otros países. La misma sintomatología que tienen esas niñas la tienen nuestras niñas; pero usted sabe que el gobierno Santos en cabeza de su esposa que lideró el plan bandera para esa vacunación, no quiere que en el país se sepa la verdad. Nosotros los padres no queremos dinero, queremos la salud de nuestras niñas, pues eran unas niñas sanas antes de recibir la vacuna, después que recibieron la vacuna a partir del 2012 se han presentado todos los episodios; como le dije al científico: revisen la historia clínica desde los cero años de mi hija, nunca se le había presentado esos episodios; después de que le aplicaron la vacuna ha presentado cambio en su salud física. Nosotros como padres de familia venimos peleando contra el gobierno, pues si no es la vacuna entonces ¿qué es? Nunca nos han dado una respuesta.

(Carmen de Bolívar: PF3, 2018).

MF2: ¡Las niñas se enfermaron después de la vacuna! Nosotros enseguida nos dimos cuenta de que era la vacuna, pero el gobierno siempre lo ha negado, siempre ha negado eso, no quieren responder, no quieren asumir que ellos fueron quienes le hicieron el daño a nuestras hijas. Ellos están es para cuidar la salud no para dañarla y en nuestro caso ellos fue que la dañaron y ellos no se quieren hacer responsables de los tratamientos; tanta gente afectada con esto, tanta niña!

No solamente se afectaron las niñas se afectaron las familias y su vida económica.

(Carmen de Bolívar: MF2, 2018)

PF2: Creemos nosotros de que el gobierno tiene la mano metida hasta allá al fondo del asunto, de que el instituto colombiano de Bienestar Familiar! aquí no se pronuncia en nada!, a pesar

que les han violado todos los derechos a las niñas, a las niñas les violan los derechos a la salud, por su salud dañada han tenido intento de suicidio.

PF2: Aquí no ha habido un pronunciamiento aquí y ha habido violación de los derechos a las niñas, a crecer sanamente, psicológicamente. Las niñas han sido maltratadas en el hospital... desde el mismo ministro. Nosotros hicimos una carta a los senadores y le dijimos, imagínese usted un salón lleno de 1000 niñas disparándole con fusiles, eso es lo que está haciendo el gobierno con nosotros. Nuestras niñas están condenadas hoy a morir por culpa del Estado, que van a morir lentamente pero están condenadas! Cuando usted en caso de lupus en una niña sin que la EPS le esté prestando la atención, con padres de que hoy han afectado su situación económica, como nos la han afectado. Hay padres que no tienen ni una moto para llevar a la niña al hospital. Y cuando las someten al sistema, porque aquí hay un sistema Mutua Ser que para una cita de una niña en Cartagena, por poner un ejemplo, aquí hay un carro que sale de aquí a las cuatro de la mañana si llegó se va si no llegó se queda; y si la niña vive en una vereda tienen que buscar una moto allá a las 2 de la mañana exponiéndose a cualquiera situación; y si llegó y no está el carro se fue y perdió la cita; eso es violación de los derechos. Si ustedes lo analizan, o sea, nosotros estamos hoy condenados a que nuestras hijas se mueran por el Estado. No ha habido voluntad, por qué nos han violado todos los derechos desde el comienzo hasta ahora. Yo digo que en las regiones de Colombia que las obliguen a vacunarse es una barbaridad hacer eso con unas niñas. Tú sabes lo que es que las niñas estén llenas de quistes en los ovarios, unas niñas de 12 años, que no tengan derecho a crecer como han crecido como cualquier otra niña. Mire aquí hay 80 casos de niñas que se han cortado las venas más de 80 niñas que han intentado quitarse la vida.

(Carmen de Bolívar: PF2, 2018)

MF10: Cuando el gobierno vacunó aquí en el pueblo, en el Carmen y en las veredas, nunca hubo una educación ni para los alumnos ni para los padres de familia, fue abruptamente una vacunación colectiva que hizo el gobierno. El gobierno irrumpió en el Carmen de Bolívar y sus corregimientos y veredas y dañó la salud, y si fue el gobierno quien ordenó esta vacunación masiva y esta enfermedad masiva que ha generado esta vacuna, ¿por qué ahorita nos han dejado solos, las han dejado solas a ellas que son el futuro de Colombia?, que son el futuro de un país, son ellas las que van a salir a prosperar un país, no somos nosotros.

Somos un pueblo pobre alejado del mundo, un rincón del mundo olvidado por el gobierno o del ministerio de salud principalmente, por el presidente de Colombia que se ha hecho absolutamente el sordo de toda esta situación. Es algo que sinceramente más que doloroso es indignante. Hemos podido sobrevivir conforme hemos tratado de sacar estas niñas adelante, ellas han tratado de sobrevivir y están luchando porque son niñas luchadoras, pero necesitan la ayuda de la salud tanto como la de Colombia como la del exterior. Necesitamos unas personas que hagan una investigación, pero no investigación como las que han hecho hasta ahorita, que las hacen y las hacen y no muestran resultado alguno, simplemente son investigaciones más y pañitos de agua tibia que no muestran la realidad viviente de un pueblo carmero y de mil familias que sufren a diario, día y noche por tratar de solucionar un problema de salud que simplemente la salud científica no muestra que tenga responsabilidad alguna. Entonces se sufre, se llora, se agoniza, pero aquí estamos. No somos actrices, somos personas que estamos sufriendo, somos mamás que no queremos ver esto más, y ojala que ustedes entiendan, y se pongan un poquito la mano en el corazón un poquito en el puesto de nosotros al ver su hija no ser la misma de antes, que harían ustedes si su hija estuviera afectada, que no fuera aquella niña alegre, que no fuera aquella niña que no pudiera salir de

paseo con sus demás amigos por tener miedo, No, no queremos eso con las niñas del Carmen de Bolívar ni parte de los Montes de María, no queremos eso, queremos seguir adelante.

¡Ayúdenos porque estamos solos, estamos solos!

(Carmen de Bolívar: MF10, 2018)

Fotografía 10. Manifestación en Carmen de Bolívar



Fuente: El Heraldo (2016)

Las cosas se agravaron en el cuerpo social afectado, pues la atención médica que inicialmente estaba entregada y preocupada por buscar una solución a los problemas de las niñas, ahora las empezaron a tratar diferente como se puede ilustrar en el apartado *relación médico-paciente* de la presente investigación. También empezaron a mostrarse otros elementos que alimentaron el sufrimiento social, las afectaciones económicas, académicas, familiares, psicológicas, el estigma de la “enfermedad psicógena masiva”, entre otras.

4.2.6 Enfermedad Psicógena Masiva (EPM)

La conclusión a la que llegó el estudio realizado por el INS fue que en el Carmen de Bolívar hubo un brote debido a una reacción psicógena masiva debida a una percepción exagerada de posibles efectos adversos a la vacuna anti VPH. En el informe toman como referencia estudios de casos ocurridos de la Enfermedad Psicógena Masiva (EPM) o IPM, por sus siglas en inglés, entre ellos el artículo *Brote de histeria epidémica entre estudiantes de secundaria en San Juancito, Francisco Morazán, Honduras*, realizado por Gustavo Adolfo Ávila Montes y su equipo de investigadores (2007); el INS lo ha colocado dos veces en sus referencias;. En este artículo enuncia que “Clásicamente se han descrito ocho rasgos característicos (una combinación de síntomas y condiciones) que deben estar presentes para determinar la ocurrencia de EPM”, a continuación se enumeran los rasgos tomados textualmente del artículo mencionado:

1. síntomas sin causa orgánica plausible;
2. síntomas que son transitorios y benignos;
3. síntomas con inicio abrupto y recuperación rápida,
4. ocurrencia en grupos cautivos,
5. la presencia de ansiedad extraordinaria,
6. síntomas que se propagan por vía visual, sonora o por comunicación oral en
Ausencia de contacto de persona a persona,
7. predominancia del sexo femenino entre los afectados y
8. patrón de diseminación siguiendo la escala descendente en edad,
comenzando por los estudiantes mayores o de mejor status social (Ávila, et al,
2007, p.64).

Aplicando los ocho rasgos característicos en los eventos de salud que suceden constantemente en más de un millar de niñas en diferentes veredas y corregimientos del municipio de El Carmen de Bolívar, aquí enumerados, podríamos buscar opiniones desde diferentes áreas del conocimiento, como son la medicina, la psicología, entre otros.

A continuación se presenta la voz de una psicóloga, que para proteger su identidad la he nominado C5 por ser la científica número 5 que observó el material de videos y entrevistas que documentan la presente investigación, algunas de las apreciaciones que ella hace desde el campo de la psicología son las siguientes:

C5: En primer lugar hizo falta que se hiciera más evaluación en cuanto a las posibles consecuencia de esta vacuna en las niñas, y que se tuviera mayor evidencia tanto física como neurológica de todo lo que los elementos de la vacuna podrían causar en las niñas, y con base en esas pruebas descartar de que no hay problemas médicos como tal, y al no haberlos entonces sí llegar a un diagnóstico de enfermedad psicogénica masiva. Ahora bien, y hay que tener en cuenta, y es que esta enfermedad como tal no aparece en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales o el DSM en sus siglas, no aparece ni en el DSM-4 ni en el DSM-5 que es la versión más reciente. En el DSM-4 hay un artículo que se llama “enfermedad psicogénica masiva, reporte de tres episodios no recientes”, en este artículo, redactado por Alfredo Darío Espinosa, él mismo menciona que el DSM-4 no tiene un diagnóstico específico para la condición de la enfermedad psicogénica masiva, sin embargo el habla de que hay un trastorno que se llama trastorno de conversión que si está en el DSM-4.

Autora: ¿sobre los ocho rasgos que caracterizan una EPM tú crees que son aplicables a los eventos de salud que están sucediendo desde el 2014 hasta ahora 2019, en el Carmen de Bolívar?

C5: El primero, la base orgánica sería la vacuna. En cuanto al segundo, *síntomas que son transitorios y benignos*, pues esto no se cumple porque las niñas en efecto tienen síntomas clínicos pero estos no son transitorios, de hecho, ya llevan años con eso y no son nada benignos son niñas que se ven bastante afectadas físicamente y a nivel psicológico que tienen incluso cambios en su auto concepto, en la autoestima, y ellas como están en formación de la personalidad todo esto las altera, o sea que no podríamos hablar de síntomas benignos. En el tercer punto, *síntomas con inicio abrupto y recuperación rápida*, las niñas no se han recuperado de eso, o sea, siguen presentando los desmayos, presentando las “crisis” como les llaman ellos, siguen presentando los problemas visuales, de dolores de cabeza, de memoria, de poli quísticos en ovarios en senos, etc. bueno, y como consecuencia a sus problemas médicos les genera una cantidad de efectos psicológicos también. El cuatro, *ocurrencia en grupos cautivos*, si hablamos de solo las niñas del Carmen de Bolívar, listo, pues hasta podría funcionar el argumento, pero es que se trata de casos que han ocurrido en diferentes veredas e incluso casos aislados a nivel nacional, sin que tengan contacto los unos con los otros, sin que se hayan dado cuenta de manera visual o auditiva que x o y cosa le están sucediendo a las personas de allá, y que eso mismo me va a suceder acá en el sur por ejemplo. Con esto se cae el rasgo seis, *síntomas que se propagan por vía visual, sonora o por comunicación oral en ausencia de contacto de persona a persona*. El quinto, *presencia de ansiedad extraordinaria*, pues claro! ahí sí es, de hecho, que uno sepa que tiene una enfermedad,

hay ansiedad, hay alteración interna, porque empieza la cabeza a pensar, se generan incertidumbres ¿qué va a pasar y que voy a hacer? Y dependiendo de la gravedad de la enfermedad. Ahora, en las niñas del Carmen de Bolívar, ha habido inclusive muertes, entonces como no va a haber ansiedad, en este caso si coincide, ¡pero no aplica! El séptimo se saca solo, *predominancia del sexo femenino entre los afectados*, pues la vacuna ¡solo fue aplicada a mujeres! Y el octavo, *patrón de diseminación siguiendo la escala descendente en edad, comenzando por los estudiantes mayores o de mejor status social*, las vacunas fueron aplicadas a niñas de 9 a 14 años, o sea, no aplica este argumento, porque son niñas que de por sí son jóvenes, no es que se haya aplicado a mujeres de muchas edades y que solo un grupo resultaron afectadas, entonces no aplica.

Finalmente, yo pensaría que habría que evaluar mejor si en realidad se trata de una enfermedad psicogénica masiva, ¡y refutar eso!, buscar todos los argumentos para abogar por la salud mental de estas niñas, porque de todos modos el ser estigmatizadas les va a generar un gran problema.

(Popayán: C5, 2019)

Como se puede deducir de la anterior entrevista, los ocho elementos que caracterizan la EPM no se cumplen en los eventos de salud sucedidos desde el año 2014 y que no han cesado con el transcurrir del tiempo hasta la fecha, pues los cuadros clínicos están presentes y cada vez se toman un acento de complejidad. El tema de la voz del Estado afirmando que los cuadros clínicos adversos presentados en el Carmen de Bolívar se deben a una EPM, es un tema interesante para refutarlo desde diferentes áreas del conocimiento de las ciencias humanas.

Mientras los padres de familia estaban luchando para pedir la atención del gobierno con el objeto de atender la salud de las niñas, ellas se enfermaban cada vez peor pues a medida que pasa el tiempo surgían nuevos cuadros clínicos. Al llevarlas a la consulta médica en los centros sanitarios del Municipio de El Carmen de Bolívar eran presa de malos tratos, indiferencia y desatención al punto que algunas veces ni siquiera registraban su ingreso al hospital; son muchas las voces de los padres de familia y de las niñas que así lo confirman. En los siguientes fragmentos de algunas entrevistas se puede deducir que la relación del cuerpo de salud con el cuerpo social, que enfermó después de las jornadas de vacunación anti VPH, no es la esperada desde una mirada médica, ética, social, psicológica, entre otras.

Experiencia de la relación médico – paciente después de la afirmación de EPM dada por el INS

*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social,
Y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (OMS).*

Teniendo en cuenta la definición de salud que la OMS ha puesto como el sol que ilumina el quehacer de los profesionales que la atienden, es necesario contextualizarla en el Carmen de Bolívar donde hay un cuerpo social, conformado por más de mil niñas y sus familias, que enfermó después de ser expuesto al evento de la vacunación masiva contra el VPH sin consentimiento y sin información sobre las posibles reacciones. El trabajo realizado en campo muestra que ese cuerpo social tiene una afectación total en su salud pues no gozan de *un estado de completo bienestar físico, mental y social*, y además presentan *afecciones o enfermedades* que las manifestaciones clínicas así lo confirman a partir del año 2014 hasta ahora en el 2019 y no se

sabe hasta cuándo, no se sabe cuántas más víctimas vaya a cobrarse. Las niñas coinciden en que antes de la vacuna anti VPH eran niñas alegres, tenían todas sus capacidades físicas y psicológicas normales de una niña adolescente para atender sus compromisos académicos y sociales; eran activas, algunas eran deportistas, buenas estudiantes, algunas desarrollaban actividades artísticas, gozaban de buena salud y tenían una buena actitud ante la vida. Pero después de que sus cuerpos empezaron con cuadros clínicos adversos y que muchas coincidieron, de manera masiva, además de llevar el peso de sus enfermedades se les sobrecarga con una mala calidad de relación en el trato dado por los profesionales de la salud que inicialmente fue muy buena pero, después de que el INS desconoció las causas orgánicas y atribuyó todo a una EPM, esa relación se dañó.

Con las siguientes voces se puede dar una idea de la manera como se ha percibido la relación médico-paciente en el Carmen de Bolívar después de la afirmación de EPM dada por el INS, cuando algunas niñas acudieron a los centros de salud y también cómo afectó sobre la credibilidad en el sistema de salud:

Autora: ¿Después de que el INS afirmó lo de EPM, la manera de atender las niñas, de parte del cuerpo médico siguió igual o cambió?

MF13: Todo cambió, todo cambió. Ya no querían atenderlas, si uno llegaba decían, “ah esa es la niña de las crisis”, era lo que decían, ni le paraban bolas a uno, no les prestaban atención, esa es la niña de las crisis.

Yo le decía: doctor, atienda a la niña que está desmayada, preguntaban a otra, ah esa es la niña de las crisis, luego lo dejaban a uno una hora, dos horas, [decían] que era “que estaban locas, que

era que estaban faltas de macho, que se buscaran un marido”, todo eso lo llegaron a decir en el hospital de nuestras hijas.

Últimamente yo traje a la niña que fue que se me desmayó que duró dos horas, me decían que estaban faltos de oxígeno, que el oxígeno se había acabado que lo estaban buscando y que esto y lo otro, y la niña desmayada. Me tocó, ¿sabe que hice? La dejé con una amiga mía de allá del colegio y con dos señoras que habían ahí, y les dije, cuídenmela ahí que me voy a salir, y fui a la secretaría de salud, fui a la gobernación a hacer esto aquí y fui a la Mutual Ser y en las tres partes puse la queja, le dije no es justo que mi hija tiene dos horas de estar desmayada y esta es la hora que no me la han querido atender porque ella es “la niña de las crisis”, y fui a las tres partes y cuando regresé al hospital, a penas que llegué lo primero que decían era a ella es la mamá de la niña, me dijeron que por qué me había ido a allá arriba, y dije porque fui, porque yo le dije a la doctora que me atendiera la niña y sabe ¿qué me dijo? “espérate que voy a buscar un papel” y todavía es la hora y la doctora no ha aparecido, entonces la doctora me quiso dejar como embustera, le dije no, venga doctora, ¿yo no le dije a usted dos veces que me atendiera a la niña? Y usted me hizo fue así y dijo espérate que voy a buscar un papel, ¿o no fue así doctora? yo tengo la razón con ir porque yo no voy a dejar que mi hija se me muera allá, y me tocó acudir a esas tres partes para que me pudieran atender la niña, porque ya la última vez me las han catalogado de que son “locas, de que son esto, que están es enfermas porque están es falta de macho” que esto, y ya no la quieren atender.

Autora: ¿En la atención médica se percibe alguna discriminación por ser una de las niñas vacunadas contra el VPH?

MF13: Yo la semana pasada llevé a la niña mía con un dolor, entonces lo primero que me preguntaron fue ¿pero ella es por las crisis?, y le dije ella no es por las crisis, ella si le ha dado

las crisis pero el dolor no lo tiene por las crisis, o sea que si es por las crisis ¿no me la van a atender? le dije al médico, si es por las crisis no me la van a atender porque es por las crisis, y me dijo no pero cálmese, y le dije no me voy a calmar, porque yo no le estoy saliendo a usted con groserías ni mucho menos lo que estoy diciendo es que si es por las crisis ¿no me la van a atender! Porque las tienen... que las tienen con una marca de que si llega uno con una niña así sea con otra cosa, le van a decir, ¡ah ella es la de las crisis! para saber si es que le dan atención o no le dan atención. Si uno le dice que sí que es por las crisis, ya la dejan ahí y se les olvidó, entonces ya las tienen ahí como que marcadas, la niña mía me dice, mami cuando me den las crisis no me lleves al hospital, no me lleves, porque ya a uno lo tienen es como señalado, me dice ella a mí, la mayor. En el hospital lo tienen a uno como señalado, ¿Qué si tú eres la de las crisis? Si uno va al médico particular ¿tú eres la niña de las crisis? Entonces ellas también van con esa cosa en la cabeza que donde quiera que vayan [les van a decir] ¿ah tu eres la niña de las crisis? Y en vez de ayudarles a ellas eso las empeora, porque si donde quiera que ellas van le van a decir que “tú eres la niña de las crisis”, a ellas eso les va creando otra idea [mala] que ¡aja! y en todas partes nos van a decir lo mismo, que somos las niñas de las crisis, las niñas de las crisis. Entonces ellas a veces no quieren que uno las lleve, la mía me dice, mami no me lleves al hospital porque allá tú sabes cómo me tienes que lidiar, no me lleves al hospital.

(Carmen de Bolívar: MF13, 2018)

El protagonista de la siguiente entrevista es un empleado de una Institución Educativa que está ubicada a 20 minutos del casco urbano de la ciudad de El Carmen de Bolívar:

Autora: De acuerdo a la situación que me está contando, esta indica que su labor de trabajo en el colegio, no acaba aquí cuando sale.

Docente: No porque yo me iba con las niñas para el hospital, yo me iba con ellas porque, eso era lo que yo le quería comentar, que la atención en el hospital nunca fue buena. Después del informe de INS Llagaban, las niñas las acostábamos, de pronto le colocaban una dextrosa, alguna que otra le colocaban dextrosa, otras se quedaban ahí hasta que se recuperaban y uno miraba de que no había buena atención.

Hoy por hoy de pronto cuando usted pregunte en los hospitales van a responder que ya no está pasando nada porque no hay el ingreso de niñas con efectos adversos, ¿por qué? porque los papás han perdido la confianza en la entidad hospitalaria porque como no los atienden, y si las atienden es de mala manera o no les hacen nada, los papás en lo que se empecinan en decir es bueno yo espero que salga del colegio y me la llevo para la casa pero yo para el hospital no voy, porque en el hospital no hacen nada y además de eso me toca pagar transporte del sector urbano para regresarme y me va a salir más costoso, entonces los papás no están llevando las niñas al hospital por causa de la crisis y si usted mira, usted llega a un hospital y hace una encuesta acerca de cuantas niñas entran hoy y le dicen que ninguna, porque no las llevan, pero no es porque no se estén presentado efectos adversos porque aquí en el colegio con mucha frecuencia sucede.

Autora: ¿Ustedes creen que tiene sentido llevarlas a un hospital?

Docente: No, no tiene sentido porque las niñas se recuperan allá por si solas acostadas en una camilla o de pronto una dextrosa, que se yo, entonces la parte económica viene y el transporte para traer la niña y para los papás y son papás de escasos recursos porque viven del cultivo de la tierra.

Autora: ¿Hay la credibilidad en el sistema de salud del gobierno colombiano?

Docente: Ya la confianza no la hay, porque el mismo Estado está dando pie para que en los hospitales traten a las niñas "de locas" porque si dicen que es un brote de psicogénico masivo, cuando llegan al hospital y le dan ese diagnóstico la van a ver como eso, no esto es una cuestión mental y en seguida el hospital... a varias de las niñas de aquí las han remitido o para centros psiquiátricos.

Autora: ¿Pero son centros psiquiátricos adecuados para niñas?

Docente: No, no, no, de ninguna manera, esa era pelea que hubo en un momento dado, porque niñas pequeñas que habían tenido un efecto adverso las mandaron para centros psiquiátricos en Cartagena no aptos para ellas, e iban a estar revueltas con personas adultas, drogadictos y son situaciones que se denunciaron en su momento, que no eran sitios adecuados para niñas.

(Caracolí: D, 2018).

La siguiente intervención la hace una niña y su mamá que al igual que otras mujeres comparten la misma experiencia de mala atención por parte del cuerpo sanitario:

N1: A veces los médicos nos pueden tratar de locas, o sea que de pronto nos dicen así que somos locas que estamos faltas de marido y no es así. Ellos no saben lo que nosotras hemos pasado y solo nosotras y nuestras familias saben lo que nosotras hemos sufrido. Los que no conocen nuestro caso, sepan que nosotras somos luchadoras y vamos a salir adelante en nombre de Dios porque esto es una prueba dura que poco a poco lo iremos superando con ayuda de nuestras familias.

MF10: Nosotras como mamás también queremos que se sepa que esto no es una enfermedad de histeria colectiva pues ya que hay niñas que fueron vacunadas desde el 2013 y están sufriendo, y otras desde el 2014 y también están sufriendo, es algo sin límites, es algo que se

ha convertido en una carga diaria, en un vivir diario, donde las familias y nosotras como mamás, no tenemos un minuto tranquilo donde de pronto nuestras hijas salen al colegio y estamos pensando que nos van a llamar que nuestras hijas se han desmayado, o que nuestras hijas no pueden volver de esas crisis, porque hay unas niñas que les da y dura más de media hora, una hora con la crisis. hay niñas que han quedado con la boquita torcida, que les ha dado parálisis, hay niñas que no pueden caminar, hay niñas con muchos límites físicos y mentales porque las enfermedades físicas han llevado a estas niñas a querer quitarse la vida que es lo más grande que Dios pudo darnos, entonces frente a esto no se ha pronunciado nadie. Simplemente “las niñas están locas o están faltas de marido o que busquen marido para que se les quite”. Esto es algo serio, es algo que tiene que conocer el mundo para que vean lo que aquí en el Carmen de Bolívar se está viviendo, lo que en Colombia se está ocultando por parte del gobierno, esta enfermedad que ha querido arrebatarle la tranquilidad a todo el pueblo carmero y sus alrededores.

(Carmen de Bolívar: N1 y MF10, 2018)

MF7: Le voy a decir que, en el hospital, cuando les daba la gana lo atendían a uno, cuando no, no. Por lo menos yo hablo por mí, yo me tenía que salir con mi hija que no me la atendían, porque había una Doctora muy grosera. A unas niñas le hacían pruebas de embarazo, porque ellos decían que estaban embarazadas, eso tenían que llevarlas donde el psicólogo porque eso eran loqueras, todo eso, incluso a mí una vez me tocó pelear porque me le iban a hacer un examen de embarazo a la niña y les dije ¿Por qué? ¿Porque razón me le van a hacer ese examen?, ah que cuántos años tiene la niña, le dije tantos años, pero usted no me le va a hacer eso, porque yo estoy consciente que mi hija embarazada no está, o sea, a mí me tocó pelear bastante varias veces en ese hospital.

Eso que ellas hicieron, fueron hasta el psicólogo fíjate, porque ellos decían que estaban locas, que estaban... o sea, tantas conclusiones que se llegaron a término que nunca nos dijeron que era, después dijeron que hacían pactos, con el juego ese, la tabla ouija, si, que eso era un pacto que habían hecho y ahí empezaron, ya no era solamente ese colegio sino ya todas las niñas del municipio.

Entonces me le colocaron un psiquiatra a la niña, o sea yo, asentí, pero yo como mi mamá trabajaba en salud, ella les comenzaba a hablar, les explicaba y yo después no la llevaba al hospital porque es que ya no me le hacían nada, le daban acetaminofén, más nada. Bueno yo, en el principio yo me sentí mal porque decían que las niñas estaban locas, a mí me dijeron, eso es que ¡tienen pacto con el diablo!

(Caracolí: MF7, 2018)

Entonces, esa muchachita a ella le daban las crisis, y ya después en el hospital no las aceptaban les decían ahí vienen “las locas, las prostitutas, las falta de marido, las falta de macho”.

(Carmen de Bolívar: MF1, 2018)

MF2: Bueno pues quiero decirles que en el hospital no hacen nada por las niñas para que le voy a mentir, allá no saben qué hacer con ellas porque allá ni siquiera ellos que son médicos saben lo que tienen nuestras hijas. Ya se pasa a segundo nivel eso se sale de las manos de los médicos generales eso debe tratarlo es un científico que saque la verdad a flote, para que le den un tratamiento adecuado para lo que es a nuestras hijas. Mientras eso no suceda nuestras hijas van a seguir lo mismo.

(Carmen de Bolívar: MF2, 2018)

C5: Se puede ver un cambio en el que los médicos empiezan a juzgar, se ponen en una posición de juzgar a las niñas, llamándolas “las niñas de las crisis” como ellas mismas lo manifiestan en las entrevistas, llamándolas las “niñas locas”, “las niñas faltas de macho”, “la niña no tiene nada” entonces ese tipo de estigmatizaciones desde luego no son buenas, no generan posibilidad de recuperarse, en nada. Si yo voy al médico, y el médico a mí me juzga, pues no es. Primero que no me va a hacer sentir bien, y segundo, que no tiene nada que ver con el tratamiento que yo necesitaría recibir como paciente, y yo como paciente, tengo derecho a recibir un tratamiento de respeto, de igualdad, y si no lo estoy recibiendo, considero que está muy mal ese cambio de comportamiento, frente a un diagnóstico que yo la verdad pongo en tela de juicio. Porque es un diagnóstico que está basado, primero, en un trastorno que no se encuentra en el DSM, como ya lo había dicho, que segundo, es polémico sus ítems para su diagnóstico, y no lo digo yo, lo dicen los artículos que leímos, y tercero, que no se han hecho los estudios neurológicos y físicos, claves en las niñas, como para decir que la vacuna en verdad no tuvo incidencia en ellas, sí. Entonces, si yo tengo un diagnóstico que está en tela de juicio, pues cómo a raíz de ese diagnóstico voy a empezar a juzgar a las niñas, yo como personal médico, me parece que está mal.

(Popayán, C5, 2019)

Con las anteriores voces se puede vislumbrar la relación que existe entre la afirmación del INS sobre la EPM y la calidad de la atención del cuerpo sanitario con las niñas a su cuidado.

Afectación psicológica debida a la afectación física.

Los padres y familias de estas niñas han estado apoyando, cuidando y dando todo de sí mismos para tratar de atenderlas durante sus dolores y crisis, a pesar de esto la afectación emocional y mental de las niñas se ve golpeada no solo por su dolores, enfermedades y cambios físicos también viven el suplicio de la estigmatización, pues es muy común que les repitan las frases “están locas, faltas de macho, están actuando” , y discriminación por parte de jóvenes de su edad que no las incluyen en juegos, deportes y demás porque ellas son incapaces porque “tienen las crisis”, lo que refuerza el sentirse apartadas (no en todos los casos), también muchas personas de la comunidad y en general el país no dan credibilidad a sus dolores, enfermedades y sentires y deslegitiman su suplicio tachándolas de mentirosas. Adicionalmente a los dolores en su cuerpo y a la estigmatización generada por la percepción de la EPM se le adiciona que los componentes de la vacuna, se suponen que sí tienen algo relacionado con la afectación de su bienestar psicológico, pues en la ficha ESAVI, lo menciona en el punto 5. *datos clínicos* hay 21 opciones de hallazgos semiológicos, entre ellos están las opciones 19. *Llanto persistente* y 20. *Irritabilidad*. Esto podría indicar que dentro de los posibles efectos adversos de la vacuna es la depresión. A esto hay que añadirle que las niñas tienen enfermedades en su cuerpo, cuadros clínicos que las hacen percibirse con sus funciones disminuidas, por lo tanto, se proyectan con un poca esperanza de vida.

El ser humano está constituido por sus dimensiones físicas, psicológicas y morales que no se pueden dissociar pues donde se afecta una de ellas se afectan las demás; lo que les pasa a estas niñas es un ejemplo de ello y como lo explica la psicóloga en el siguiente fragmento de entrevista:

Autora: ¿Cuál es tu percepción de la situación psicológica de las niñas?

C5: Primero, hay que tener en cuenta que las niñas pasan por una dificultad a nivel psicológico bastante fuerte que no se puede desconocer, porque el hecho de que, estén siendo estigmatizadas como “locas”, eso ya hace que ellas no se sientan bien, ni se sientan seguras con lo que ellas están sintiendo, y al sentir que todo el mundo empieza a juzgar y que las demás de afuera empiezan a decir, tener la razón, entonces ellas de uno u otra manera, empiezan a dudar de su propio concepto, de su propio pensamiento al respecto, y también hay que tener en cuenta la edad de las niñas, que son adolescentes, están en plena formación de personalidad, de identidad, pues apenas se está dando la maduración del lóbulo frontal donde se están consolidando todos los procesos de quién soy yo, de personalidad y me veo atacada por todas las personas de afuera, que lo que yo digo está mal, de una otra manera lo voy a creer, y al empezar a sentir que eso es mi realidad, voy a afectar mi auto concepto, mi autoestima, que son cosas que yo observé en las entrevistas que tuve acceso, niñas diciendo que quieren morirse, que no aguantan la presión, niñas que les duele mucho que les digan que “están locas”, cuando ellas saben que no es así, pero que tanta gente diciéndote lo mismo pues en últimas es doloroso. Niñas que ya han intentado quitarse la vida, hay niñas que ya lo han logrado, entonces la condición de la salud psicológica si se ve afectada en efecto, si se ve afectada por todas las estigmatizaciones que reciben y por el solo hecho de verse enfermas.

Es que cualquier persona que se sienta enferma, tiene un bajón emocional, o sea, eso es natural, desde que uno sepa que la salud no está bien, hay un bajón emocional. Ahora bien, si esta enfermedad que ellas están desarrollando o están percibiendo es de un carácter más grave, porque es que no es normal que yo me desmaye y que pierda mi visión, que no pueda caminar, de un día para otro, ¿si me entiende?, si yo empiezo a

percibir esos cambios tan drásticos en mí, pues desde luego que voy a tener un bajón emocional y no me voy a sentir bien, y si a eso le añadimos que la población de afuera me ataca, pues podría incluso llegar a una depresión, que ojalá no sea así, pero pues se puede llegar.

(Popayán: C5, 2019)

Las siguientes voces reflejan que a partir de los cuadros clínicos adversos que se desarrollaron en las niñas después de la inoculación de la vacuna anti VPH hubo una afectación psicológica en las niñas y en sus familias:

MF12: Algunas de las enfermedades importantes que las niñas están teniendo como están los quistes, los cambios en sus periodos menstruales, problemas del colon, problemas de pérdida del apetito, están sufriendo de mucha migraña, su visión la tienen demasiado perdida, tienen problemas en sus coyunturas especialmente, en sus extremidades en las coyunturas sufren de mucho dolor, entonces son problemas que son físicos y que si pueden mostrar un resultado en algún examen de que tienen ese problema y de que ellas no lo tenían y que pueden darle una solución porque la medicina científica puede darle una solución y un alivio a este problema de salud de las niñas. Físicamente sería esto, mirar los problemas de salud que tienen en su organismo ellas especialmente y anímicamente me gustaría que más que un psiquiatra o un psicólogo las viera un especialista en el tema de animarlas, de levantarles esa autoestima, de devolverles esa ilusión, esas ganas de vivir, de luchar, no un psiquiatra que ordena no sé cuántas miles pastillas para que permanezcan dormidas las 24 horas del día, no un psiquiatra que les dice que es como en el caso de mi hija que es un trauma, que ella lo que tiene es un

postraumático debido a la violencia sucedida en Colombia en el pueblo, ya que mi hija no vivió esa violencia, ya, de que mi hija no sufrió esa violencia, ella no puede tener un pos trauma de la violencia y a raíz de la violencia, de lo que se vivió entre el gobierno, la guerrilla y los paracos. Entonces si me gustaría que fuese, también un llamado para esas entidades que ayudan no como psiquiatras ni psicólogos pero si se yo que hay esas entidades que ayudan a esas personas que tienen esas depresiones, porque son depresiones que estas niñas tienen a causa de su salud, no es una depresión por una depresión familiar, problema con el papá o la mamá, es una depresión que tienen ellas a causa del deterioro de su salud que se van deteriorando físicamente y su ánimo se va con su salud.

(Carmen de Bolívar: MF12, 2018)

PF3: Fernando de La Hoz, bueno este médico, en los años 2014 y 2015 era el director del Instituto Nacional de salud y fue la persona quien nos dio el diagnóstico de histeria colectiva psicogénica masiva.

Mi niña [empezó] como a los tres o cuatro meses después de aplicar a la segunda dosis. Ella comenzó con los desmayos, día de por medio. Síntomas eran dolor de cabeza, dolor en las extremidades, las piernas a veces no podía caminar. Después de esto tuvo un intento de suicidio. Una vez me llama la seño, y me dice que tiene una carta de mi hija donde manifiesta que con lo de la merienda, que son 2000 pesos, se va a comprar una botella de cloro para tomársela. Porque ella no veía mejoría, las amigas le hacían bullying, se burlaban. Dice papi tu eres una persona muy buena, te quise, te quiero. Le dije mijita así me toque vender la casita pero te voy a curar... pero la solución no es quitarse la vida. ¡Ajá la llevaron por urgencias, se había cortado las venas! La trasladaron a un sitio en Cartagena, un centro de rehabilitación; ahí duró mi hija 15 días, me tocaba mandarle dinero a mi esposa porque todo era comprado.

Un día yo fui porque dije yo quiero ver a mi hija, cuando yo fui me dijeron que no podía entrar porque no aceptaban visitas, ese no era día de visitas. Pero yo dije es mi hija, yo vengo del Carmen de Bolívar, bueno me dieron la cita, entre abracé a mi hija, cuando llegamos al patio ella me dijo papi esa persona que está allá en el patio me está tocando por aquí...

[Señala el abdomen] era un señor ya de edad, las niñas estaban revueltas con mayores de edad en un salón. Entonces yo le dije necesito hablar con la Doctora Keti, tres palabras con ella. Le dije, primero mi niña está aquí porque tiene un problema de depresión, mi hija no está loca. Segundo pues esa persona que está allá la está tocando por las partes y eso es intento de violación. Tercero me la llevo, por la cabeza de quien sea porque yo soy el papá, porque esto no es un centro especializado para ella, es una menor de edad de 13 años; aquí hay personas de 50, 70 años revueltos entre hombres y mujeres, puros rehabilitados por drogas. Me dijo, si usted me firma se la lleva, yo le dije yo le firmo lo que usted me diga. La saqué, la llevé a la playa, le compré una ropita. Le hemos sacado cita con psicología, la hemos llevado pero ahora está diagnosticada con gastritis crónica y le está afectando el hígado.

(Carmen de Bolívar: PF3, 2018)

PF2: Son tan perversos ¡porque aquí ha habido mucha perversidad con las niñas!, repito mucha perversidad con las niñas. Mire cuando esto salió a los medios de comunicación debido a las crisis que les daba a las niñas, nosotros no sabíamos qué hacer, el procedimiento era llevarlas al hospital por urgencias, ahí colapsaba el hospital, cuando colapsaba el hospital ellos ahí se desbordaba la capacidad entonces ahí se formó el escándalo. Han sido perversos porque ellos primero dijeron que con una bolsa podíamos ayudar a nuestras hijas a manejar la respiración y nos enseñaron a hacerlo, con lo cual nosotros atendíamos a nuestras hijas en las casas. Cuando ya hubo niñas con intento de suicidio entonces para que nosotros no lleváramos

las niñas al hospital, la remitían directamente a la clínica psiquiátrica, como pasó en el caso de él [PF3], a revolverla ahí con [pacientes mayores] y medicándola con medicamentos psiquiátricos, la niña simplemente tenía una depresión. Ellos nos viven hablando y ahí está el estudio donde ellos concluyen de que en el Carmen, nos lo dijo el tipo cuando vino a socializar, aquí fue un pueblo que vivió la violencia entonces que por eso los genes se han tal y tal... y que eso ha ayudado a que las niñas estén enfermas. Mira la perversidad, cuando tú decías que mi hija le da las crisis, tiene problemas entonces ya tú no la llevabas al hospital porque te decían que tenía problemas psiquiátricos; eso es perverso. Con eso lograron de que no colapsara el hospital; entonces le metieron miedo a los padres, si nos traes tu niña aquí lo que podemos hacer es mandártela en una ambulancia para una clínica psiquiátrica entonces ya los padres no llevaban a las niñas al hospital.

(Carmen de Bolívar: PF2, 2018)

MF6: Mi niña con desnutrición severa, ella... han habido tiempos en los que ella se siente bastante deprimida, han habido episodios que ella casi no se levanta, ella ha tenido dos intentos de cortarse las venas. He pedido remisiones a psiquiatra para que me le ayudaran pero hasta el momento estoy esperando esa cita porque tampoco [no la han dado] y bueno dejar todo en manos de Dios porque...

(Caracolí: MF6, 2018).

OI1: Hace como año y medio tomaron una mala decisión de quitarse la vida dos muchachas porque se desmayaban cada rato y se sentían mal debido a eso, de que estando normales antes se vinieron a enfermarse de repente y ya vinieron a tomar una decisión que ni siquiera era que tuvieran traumas psicológicos antes de eso ni nada, sino que la una veía caerse a la otra, privada, desmayada y así...

Autora: ¿y cómo saben que ellas se suicidaron por eso?

Porque las cosas que decían ellas era eso, que se sentían mal, que como es que las otras tuvieran una vida normal y ellas así, que ellas nunca habían sufrido de nada.

Exactamente hasta donde yo lo puedo decir todo puede ser por otra cosa, pero directamente aquí lo pueden decir familiares relacionados con eso, y no es la única de que ha tratado de eso, en Carmen en el barrio se llama el tendal, una muchachita también dice que a veces no quieren decirle nada, pero ella se siente demasiado mal.

Ellas tomaron la decisión yo creo que fue las dos simultáneamente que tomaron de lo mismo. Ya tenían que venían sufriendo como el año de venir con eso.

Imagínese aquí eso! en el Carmen está muy desmoralizado por eso, también en los demás lugares, Caracolí, San Isidro, el Salado...en todas partes que ha salido eso y no es que ellas finjan es que en realidad se desmayan.

(Caracolí: OII, 2018)

MF11: Yo soy la mamá de esta niña, es doloroso lo que mi hija vive... después de la aplicación de la vacuna, mi hija ha quedado con muchas, muchas enfermedades, mi hija poco duerme, dice estar aburrída de la vida, [sollozos] que ya no puede más, no quiere visitar los médicos, llora mucho con mucha frecuencia. ¡Nosotros como papás estamos desesperados! En mi casa yo no puedo utilizar, de hecho no tengo ni cuerdas para abrir la ropa porque a mí me da miedo que mi hija se me pueda hacer un daño, no me atrevo a salir, no me atrevo a dejarla sola, me siento en un estado como de prisión con ella porque ella no es libre de hacer lo que a ella le gusta. Mi hija vive limitada, hay días que no puede caminar, mi hija se ha paralizado, la

he tenido que cargar porque no puede mover sus piernas, en el colegio no puede hacer educación física.

Me cuenta que en el colegio ella se siente sola, que les dice a los profesores que no sabe que tiene, que puede haber mil personas alrededor, pero en su interior ella está sola, es algo muy deprimente para nosotros como padres.

(Carmen de Bolívar: MF11, 2018)

N3: Yo sé que, aunque yo tengo a mi familia al lado apoyándome, yo a veces siento que a mí nadie me quiere, [sollozos] sinceramente siento como si estuviera sola en este mundo a veces digo que ya, Dios mío. Yo que hago aquí si vine a sufrir tanto, quisiera como cerrar mis ojos y ya no tener nada, [llanto] quisiera que a veces las personas se acercaran a mí y me dijeran que soy importante para ellas y no lo hacen, siento que a mí nadie me quiere, yo siento que en el colegio a mí como que me aíslan, yo como que no pertenezco ahí, yo no sé, a veces no quisiera estar viva sinceramente para no tener tanto sufrimiento en mi cabeza. [Llanto incontinente]

(Carmen de Bolívar: N3, 2018)

N6: Yo era una persona alegre, [lo dice sollozando] me encantaba solo salir con las demás personas. Si he cambiado yo siento, ya me siento extraña a la hora de estar con más personas, a veces no me gusta estar en sitios donde hay muchas personas porque me siento como un bicho raro, cuando yo me he desmayado y me he despertado todo el mundo me queda viendo extraño...[hay llanto] si tengo amigos pero cuando estoy con ellos no me siento nada igual ni la persona de antes mi personalidad ha cambiado demasiado, siento que no me quiero a mi misma, extraño como era antes...[llanto incontinente]

(Carmen de Bolívar: N6, 2018)

MF12: Hoy en día mi hija es una niña que físicamente no está tan mal, aparentemente, tiene pérdida de apetito, tiene muchas náuseas, tiene tos y no le encuentran la raíz al problema, pero los médicos dicen que "la niña no tiene nada". Anímicamente está mal, está muy depresiva, muy triste, llora mucho, se ha aislado de sus amigos de sus amigas, de las personas que la quieren, yo le digo que se ha vuelto una ermitaña dentro de un pueblo, ¿Cómo es posible que una niña de 16 años que veía en su futuro una bióloga marina, hoy ha perdido esas ganas, ese entusiasmo de salir adelante, de querer estudiar y ser esa profesional, esa bióloga marina que ella expresa que ella quería ser, esa doctora que ella decía, ser una doctora para salvar a todo el mundo, porque ella quería ser una gran doctora, hoy en día ha perdido ese ánimo, ella mejor que nadie le puede decir lo que ha sufrido por manos de médicos, todo lo que ella le ha tocado soportar, y lo que ya ella no quiere soportar.

(Carmen de Bolívar: MF12, 2018)

La siguiente niña tiene la marca de la cortadura que se hizo en la muñeca en su intento de suicidio:

N5: Primero que todo, yo antes era alegre, era persona que me gustaba compartir, hacer amigos, salir, bailar, me encantaba bailar, me encantaba hacerlo.

Después de que me colocaron la vacuna, todo fue diferente porque siento, no sé, que la gente me excluye, [sollozos] me saca, yo duré tres meses sin caminar, quedé demasiado débil, los médicos me trataban súper mal, cuando estaba en la situación de que no podía caminar, yo estaba en la ciudad de Cartagena, y me estaba viendo un médico y estaba entre las camillas y me pusieron a caminar, mientras yo caminaba mis rodillas temblaban [llanto] yo no podía caminar, y me hacían caminar a la fuerza, y lo que decían era que yo estaba actuando, que yo

"no tenía nada", que me atezara y que caminara porque yo "no tenía nada", y casi me caigo y su diagnóstico fue ¡que no tenía nada!, que nunca tuve nada que lo que yo hice fue actuado, y me trataron muy feo, se siente feo ser rechazado por las personas, porque sé que ellas han omitido que de pronto algunas personas las rechazan y les dicen de cosas, porque a mí me ha pasado, de que había tenido una crisis y me decían, vea allá va la pataletosa... , allá va la que se priva, o ve y búscate un macho para que se te quite...y las cosas no son así. Llega un punto en el que quisiera no vivir, me deprimó, rezo, le pido fuerzas a Dios pero siento que ya no puedo más; trato de comer, no puedo, me veo bien pero no lo estoy...[LLANTO].

Era una excelente alumna, lo viví en el colegio, no tengo ánimos de salir, me he quedado sin amigos. Esto es feo. Pero hay que salir adelante y solo les pido que si en verdad están oyendo esto nos ayuden, se toquen el corazón. Somos poquitas las que estamos aquí, pero son muchas más las que están, peores que nosotras, y que están en peor situación tanto económica como en la salud, y que no tienen un apoyo, entonces ¡ayuda!

Madre: Ella... [Sollozos] algo reciente, el año pasado, vivirlo, recordarlo es muy duro.

[Llanto] El año pasado ella llegó a un punto en el que se cortó las venas, si no fue por un amiguito de ella que la encuentra en un lote, no sé, hoy día estaría dando un testimonio pero triste, y sé que ella aún en su cabeza, en sus sentimientos, en su corazoncito sigue teniendo esos pensamientos, y como ella muchas niñas, porque sienten ese rechazo, porque lo sienten, sienten ese rechazo, [llanto] porque así como ellas y las niñas que están aquí y las que no pudieron venir, quieren tener su vida normal. Ella es una niña que no duerme, que no duerme, que vive en desosiego, que vive aislada, que se siente excluida del mundo.

Era una excelente alumna, muy, muy excelente alumna, ocupaba siempre los primeros lugares, y siempre tenía menciones de honor en el colegio, a raíz de la vacuna que colocó el gobierno, ella ha perdido todo eso. (Carmen de Bolívar: N5, 2018)

Docente: Nosotros aquí tuvimos dentro de las niñas afectadas tuvimos un suicidio en el año 2015, Sofí... Se suicidó, era una de las niñas que estaba afectada. Tomó herbicida y falleció. Ella no contó nada, pero ella era una de las niñas que venían afectadas, sabemos que esa sea una de las manifestaciones que se ha visto de manera generalizada en El Carmen en niñas presuntamente afectada por la vacuna contra el VPH. Varias niñas han intentado suicidarse, de hecho, tengo una, la profesora dice que la alumna tiene afectaciones en sus extremidades inferiores, que tiene problema del corazón, que ha intentado suicidarse dos veces, este año ha tenido intento de suicidio. La tengo aquí y estudia en grado 10, entonces son situaciones bastante tristes, bastante lamentables porque el gobierno en sí, se ha empeinado en decir, en desconocer de que tiene alguna relación de qué ver en la aplicación de la vacuna con eso y lo que siempre han hablado es de psicogénica masiva, no dicen otra cosa, lo cual hay que tratar a través de la actividad de terapias mentales, con psicólogos, con psiquiatras cosas como esa desconociendo de pronto que pudiera haber alguna afectación por la aplicación de la vacuna desde el punto de vista lógico.

(Caracolí: D, 2018)

En las siguientes páginas se narran los acontecimientos por los que pasó la pequeña Sofía Tovar Rocha † en sus últimos días de vida.

Los últimos días de la niña Sofía Tovar Rocha †

Fotografía 10. Sepelio de Sofía Tovar Rocha † Q.E.P.D.



Fuente: Goyeneche (2015).

En el blog de VICE se encuentra registrada la noticia del deceso de la niña Sofía Tovar narrada así:

Sofía se suicidó a los 13 años (y no es la primera en intentarlo)

¿Qué está pasando con las niñas del Carmen de Bolívar?

Por Teresita Goyeneche

29 junio 2015, 9:09am

Pasaban las dos de la tarde del 16 de junio en la vereda Caracolí –corregimiento del Carmen de Bolívar, a dos horas y media de Cartagena– cuando Sofía Tovar agarró de la despensa de sus padres un herbicida llamado Paraquat Gramoxone y lo ingirió con la

intención de acabar con su vida. Sofía, bajita, redonda y trigueña, acompañada por las gallinas, cerdos y vacas que se crían detrás del rancho donde vivía con su familia, decidió morir.

Había despertado temprano para ayudar a Claudia, su madre, con los oficios cotidianos de la casa, pero venía deprimida hacía varios días. Era lo de siempre desde que sufría las crisis que le vinieron luego de que le fuera aplicada la vacuna del Virus del Papiloma Humano (VPH): temblores, dolor en el pecho, desvanecimiento, debilidad en las piernas y los brazos, náuseas y convulsiones hasta dos veces al día.

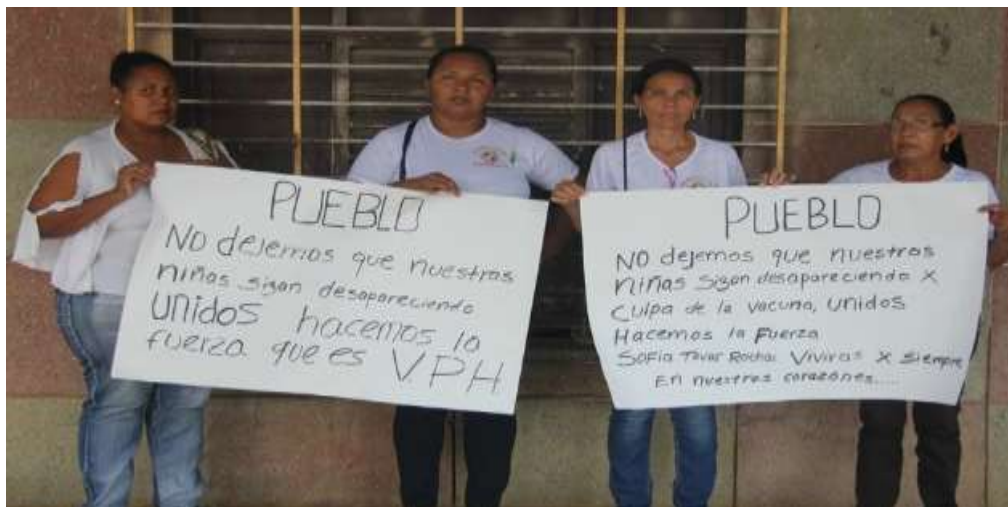
Su familia la llevó el mismo día a Cartagena y fue internada en el Hospital Infantil Napoleón Franco Pareja (Casa del Niño) donde después de pasar doce días en cuidados intensivos, falleció a la 1:30 a.m. del pasado 28 de junio.

Sofía tenía 13 años.

Según un informe médico del 23 de junio, Sofía vivió sus últimos días con una intoxicación que "comprometía su sistema renal, hepático y tenía sangrado pulmonar y acidosis metabólica severa".

Dairo Torres, Rector de la Institución Educativa Caracolí –el colegio donde estudiaba la niña– me cuenta que este es el primer caso de suicidio llegado a término entre las niñas, pero no el primer intento en los últimos 15 meses, desde que todo comenzó. En 2014 hubo cuatro y este año hubo uno posterior al de Sofía. Angelina Arias, de 10 años, que sigue en cuidados intensivos. Ella intentó suicidarse con un insecticida.

Fotografía 11. Manifestación por Sofía Tovar Rocha †



Fuente: Goyeneche (2015).

Son cantidades de historias que narran la afectación psicológica en el cuerpo social, una de sus manifestaciones son los muchos intentos de suicidio, las señales de los cortes con cuchillas en sus muñecas alarmaron al cuerpo médico, o los intentos de suicidio por intoxicación también es otra opción usada con frecuencia por las niñas. Son vivencias de las niñas, sus familias, docentes y en fin de la sociedad en general, pues todos en el municipio de El Carmen de Bolívar conocen al menos una niña que salió muy desfavorecida en el evento mencionado; ya sea porque es una hija, una familiar, una vecina o una amiga. Las familias que tienen sus niñas afectadas en salud y al ver que no tienen una atención por parte del Estado colombiano, se han visto afectadas muy profundamente en su aspecto económico.

Afectación económica por atender la salud de las niñas

Reconocer la dignidad de la persona supone facilitar los elementos que le permitan vivir dignamente y entre ellos está el procurar los medios económicos para que pueda atender la realidad de salud que se está viviendo; esa es la exigencia que se le hace al Estado. El reconocimiento de los derechos humanos no se solicita porque ya están implícitas en el ser humano, por el hecho de existir, por lo tanto son exigencias de su cumplimiento y el Estado es

garante. En este sentido el MSPS tiene la ley 1751 del 2015 donde señala que el Estado no puede afectar o dañar la salud de su población y como ordenante de la aplicación obligatoria de la vacuna anti VPH mediante la ley 1626 del año 2013 está en la obligación moral de atender la reparación de la salud de las niñas que enfermaron después de su inoculación. Las siguientes voces ilustran las dificultades económicas que están pasando las familias con sus niñas:

MF6: Cuando [la EPS] Mutual quiere ellos me colaboran con los trasportes cada dos meses, cada tres meses. Porque de lo contrario todo sale de mi bolsillo, nosotros trabajábamos, teníamos unas motos. Pero hemos vendido todo, hemos quedado sin nada, sin negocios, sin motos, sin un carrito viejo que era lo que conseguimos a crédito fiado, y todavía no hemos podido dar nada de eso. O sea la situación económica disminuyó, cambio al cien por ciento. Nosotros trabajábamos bien yo tenía una tienda, un estadero, tenía dos motos de contado, nuevas en paquete, tenía una camioneta. Todo se fue acabando y en puro tratamiento en puro traslado, puro viaje de médicos. Tengo diferentes tratamientos médicos, tengo en Sincelejo, tengo en Barranquilla, tengo en Cartagena.

(Caracolí: MF6, 2018).

MF1: La mamá que iba a vender la casita por un millón de pesos, lo hacía por desesperación, por correr, porque su hija ya no caminaba, estaba pálida, muy malita, ella empezó a hacer cosas para conseguir dinero y la puso en tratamiento. De los otros padres de familia, algunos tenían un poquito de recurso pero otros no, unos que sí son empleados y trabajan en una cosa y en otra y con todo el esfuerzo muchos trataron de buscar la salud para las niñas. Pero otros no hicieron nada para mejorarlas, hay un grupo de tres hermanas donde vacunaron dos y una que no vacunaron, de las dos niñas vacunadas creo que hay una que no camina, ellas viven en un barrio muy lejano; por esas niñas nadie hace nada porque sus padres no tienen como

comprarles las medicinas tampoco tienen para darles esas comidas con una dieta muy buena, ahí están esas niñas perjudicadas.

(Carmen de Bolívar: MF1, 2018)

Bastante me gasté. Allá yo me gasté más de 2 millones de pesos, y a mí nadie me ayudó, yo presté plata aquí y así poquito a poquito la he ido devolviendo. Todavía estoy pagando, pero aja, uno por un hijo hace [todo]... total es que imagínese si uno se hubiera quedado hasta que llegue el médico...

(Caracolí: MF5, 2018).

PF1: Le hemos invertido... [Bastante], nosotros teníamos un proyecto para la casa con préstamos e inversiones. Porque es que la hemos tenido que llevarla a Sincelejo a Barranquilla a Cartagena buscándole tratamientos, no en dormirnos. Independiente si era o no la vacuna no se enraizara en el cuerpo de ella porque decían que ellos tenían plomo, aluminio, más que todos metales, por eso la teníamos en tratamiento lavándole la sangre.

(Carmen de Bolívar: PF1, 2018).

PF3: Hay una niña que tiene seis diagnósticos, la niña de la señora MF, ella vive en la vereda Caracolí y tiene dos niñas afectadas, todavía esas niñas siguen delicadas de salud. Ella tiene una tiendecita, todos sus ahorros se los ha invertido a sus niñas porque la IPS no le está cumpliendo con lo pactado, ella me dice que ya no ¡sabe qué hacer!, es madre soltera, ha vendido todo lo poquito que ha tenido para invertírselo en la salud de sus niñas; cosa que es desagradable para nosotros los padres de familia. Muchos hemos fracasado en los negocios como vuelvo y le repito muchos padres tienen sus casas hipotecas, han vendido sus fincas, sus ganados, sus animales; ¿para qué? Por qué uno como padre de familia lo que quiere es la

mejoría de la salud para las niñas pero ya no hay recursos de dónde coger, ya no hay de donde sacar dinero para llevar a las niñas a los especialistas. Entonces eso es ¡preocupante! No es como dicen que queremos dinero ¡no! La plata no lo es todo en la vida, queremos es la salud de nuestras hijas.

(Carmen de Bolívar: PF3, 2018)

MFZ: Cuando las niñas mías empezaron con las cuestiones de las vacunas nosotros teníamos ñame bastante sembrado, y usted va a ver ahora, ¿qué ñame puede haber? si uno lo siembra y en seguida tiene que gastárselo, porque a nosotros el gobierno no nos ha dado a nosotros absolutamente nada, ni un peso, o sea nada, nada porque luchemos con un abogado total de que no sabemos en qué caso ha quedado, pero si, económicamente nosotros hemos quedado más bien ¡sin ná! porque aja, imagínese la cantidad de niñas que yo tengo y a mi todas. Usted sabe, costearle los gastos que es costearle todos los medicamentos que les mandan a ellas, eso no los cubre el carné, ósea que nos ha tocado a nosotros solos a los papás.

Autora: ¿o sea que la EPS no les cubre el medicamento?

MFZ: Allá les mandan el ácido valproico, que eso no lo cubre el carné. Eso es el medicamento que se utiliza para las convulsiones. Cuando la primera niña mía, ella me la lleve yo [a la EPS] a Cartagena, me la declararon con epilepsia no especificada, imagínese, y no sabíamos todavía que era, y la primera niña que cayó aquí fue la mía, fue la primera niña que cayó aquí con la cuestión de las vacunas, ellas son cinco, yo tengo seis, cinco tienen el problema.

Autora: ¿Le ha tocado pagar médico particular?

MFZ: Claro, porque por ejemplo yo tengo una ahorita que le mande a hacer una ecografía porque a ella le da un dolor aquí [señala el abdomen bajo], y a ella no le sale nada en esas ecografías particulares y no particulares, me toca mandarlas a Sincelejo.

(Caracolí: MFZ, 2018)

Como se ha podido ilustrar con las anteriores voces, la atención en salud debe costearse por sus propios medios, esto es que acuden a sus recursos económicos y a la solidaridad de los demás, trátense de familiares o amigos.

4.2.7 Apreciaciones polarizadas: El Estado y el cuerpo social afectado

Así las cosas, en Colombia ha sucedido que se han aplicado estas vacunas anti VPH a una población de niñas y adolescentes en edad escolar; algunas de ellas han tenido cambios en su estado de salud que, en la comunidad sociocultural Colombiana, son asociados o percibidos como efectos secundarios a la vacuna contra el VPH, pero no se han tenido en cuenta para estudiar en profundidad esas reacciones y el origen de las mismas a partir de su aplicación.

Aquí podemos observar dos posiciones: una es la percepción de las niñas, y sus familias, con manifestaciones físicas adversas debidas a la vacuna y otra la percepción de la comunidad médica representada por el Instituto Nacional de Salud (INS) colombiano que cataloga el fenómeno como un evento psicógeno masivo que tiene antecedentes en Honduras, India, Jordania y Estados Unidos pero que no dejaron secuelas. Esta investigación se realizó en este contexto, tratando de analizar los dos discursos y los actores, uno es la posición del gobierno ante la situación y otro es el cuerpo social afectado por el evento que a partir del año 2014 presenta

daños físicos, psicológicos, económicos y sociales hasta la fecha, han transcurrido cinco años de sufrimiento social.

La tragedia se ha normalizado para las personas que son ajenas al cuerpo social afectado de El Carmen de Bolívar, la percepción sobre el evento se encaja en el marco de histeria colectiva. Por ejemplo en Wikipedia definen este concepto haciendo referencia al El Carmen de Bolívar de la siguiente manera:

En 2014, en El Carmen de Bolívar, Colombia, un grupo de niñas de entre 9 y 14 años experimentaron lo que pudo ser un caso de histeria colectiva luego de que recibieran una segunda dosis de una vacuna (Gardasil). Al parecer fue ese el desencadenante, ya que los síntomas que presentaban no tenían nada en común con los posibles efectos secundarios de la vacuna. (Wikipedia).

Percepción del pueblo colombiano sobre los eventos sucedidos en El Carmen de Bolívar

En el resto de Colombia se cree que el problema de salud de las niñas del Carmen de Bolívar, cubierto por los medios de comunicación en el año 2014, ya se ha solucionado; pues los medios de información nacional no muestran la situación actual de la salud de las niñas ni de las manifestaciones que han realizado los padres de familia solicitando al gobierno nacional la atención de sus hijas que enfermaron después de ponerse la vacuna contra el VPH.

En la ciudad de Cartagena, a cuatro horas de distancia, la percepción de una persona sobre el problema de salud de las niñas de El Carmen de Bolívar es la siguiente:

Taxista: Pero ese problema yo pensaba que ya se había acabado, hasta el gobernador había intervenido sobre eso, inclusive el gobernador de Bolívar es del Carmen de Bolívar,

es de allá, y yo no sé en qué ha quedado eso está quieto, aquí hasta ahora no se ha escuchado más nada, ahora si usted no me nombra eso yo pensaba que esa vaina ya la habían arreglado, ¡que ya se había erradicado! Deben salirse a pronunciar, no sé cómo, que se paren en la carretera, en el hospital, con lo que sea, porque es la salud de ellas y de las familias las que están desesperadas y usted sabe que uno a veces tiene la facilidad y sin embargo se desespera, ahora el que no tiene de dónde.

Esa zona fue muy maltratada por la violencia, esa zona donde usted estuvo con esas niñas, toda esa zona están llegando paracos [paramilitares], y ahora mire ahora después la vaina de las vacunas para ¡terminarlos de joder! Después de eso las vacunas esas, mire todo el problema que tienen todavía, o sea por eso es que están sufriendo más todavía.

(Cartagena, Taxista, 2018)

En busca de una reparación en el cuerpo social afectado por la vacuna anti VPH en el municipio de El Carmen de Bolívar

De diferentes maneras los padres de familia buscan que se reconozca que hay un problema real, y que ese problema no ha sido causado por ellos. Buscan la ayuda en el gobierno para que sea atendida la salud de cada una de las niñas afectadas y que sean atendidas de manera integral. Una, de las entrevistas, realizada a una persona que no tiene una hija afectada dijo lo siguiente:

Moto taxista: Yo no tengo hijas gracias a Dios que sufran de eso, ni son familiares mías, pero uno si las ve en la calle que se las llevan en las motos...donde ¡van tiesas! , los moto taxis estamos solidarizados, nos brindamos [ofrecemos] a llevarlas y no cobrarles, por el desespero de los papás y eso, pero en realidad es duro y más que el Estado quiera tomarlo

como una estupidez. No todo es para arreglarlo con plata o lo que sea, que reconozcan que esas persona en realidad están así, yo creo que sería un alivio psicológico hasta para las mismas personas, que las reconocieran, más que indemnizarlas, más que todo que le reconocieran que sus hijas no están locas. Dizque que esquizofrénicas que se volvieron, cada quien individual se volvió esquizofrénica ¿por qué? es que hablan tantas incoherencias que más bien, los que no están cuerdos son ellos. Si ya esas son cosas que han venido diciendo estupideces, otros inmoralmemente dicen que esas es que “estaban arrecheras, que salían preñadas” que no sé qué, entonces se agarran de, ¡eso que va!. Las niñas sí sufren de eso!; porque en realidad quien se va a querer desmayar y pegarse un golpe así de repente, a veces unas van caminando muchas les han visto las partes íntimas porque van caminando, van con las amigas y de un momento a otro, pa! Caen y van mostrando sus partes íntimas, sus pantaletas sus vainas, Ah? No falta un manoseo aprovechando que se desmayó o alguna cosa... hasta allá no podría decirle de lo que les pueden hacer... pero usted sabe que los seres humanos son sin límites en la mente, en la mente humana los actos que nosotros mismos tenemos. Pero para mí es indignante, yo no tengo familiares relacionados con eso para que le voy a decir, pero es indignante que el Estado no quiera reconocer (Caracolí: Moto taxista, 2018).

Todas las anteriores percepciones del cuerpo social que fue afectado en sus diferentes condiciones iniciando por su salud física, psicológica, familiar, económica, sociocultural, entre otras, se han tenido en cuenta para sugerir un plan de reparación para agendarse en el municipio de El Carmen de Bolívar:

1. Que el gobierno haga un trabajo mediático para que: a) reconozcan que hay un problema real y no es psicogénico, b) que tanto el gobierno y la comunidad médica ofrezca

disculpas públicas por el daño causado debido a que la relación médico-paciente no fue adecuada, c) que la población afectada no sea estigmatizada por la población no afectada tanto a nivel local, como nacional e internacional debida a la voz dada por el INS de la EPM en el Carmen de Bolívar.

2. Identificar a cada una de las niñas vacunadas que presentaron cuadros clínicos adversos a su salud después de ser vacunadas contra el VPH. Esto supone levantar la información a partir de los listados de estudiantes vacunadas en cada institución educativa.
3. Individualizar los casos para que cada una de las niñas reciba una atención integral.
4. Dar atención humanizada, médica y psicológica, urgente para las niñas y sus familias.
5. Cumplir con lo establecido por el (INS, 2009, p10) *protocolo de vigilancia de ESAVI* para continuar la investigación de los ESAVI que inicialmente ellos levantaron. Los ítems a indagar son los siguientes:

- Determinar si en la población de vacunados con el mismo vial o lote en el mismo período existen otros casos con los mismos síntomas.

- Determinar si la población vacunada con un lote diferente de vacunas (del mismo fabricante u otro) presenta síntomas similares.

- Aplicar los programas de seguridad al paciente.

- Determinar si todos los casos proceden de un mismo centro de vacunación.

6. Realizar una investigación sobre la preservación de la cadena de frío en el almacenamiento, distribución y aplicación de los biológicos, toda vez que los padres de familia coinciden en la versión de que hubo irregularidades en ese protocolo, es decir que no se cuidó la cadena de frío ni en el transporte ni en el momento de aplicar la vacuna en

las instituciones educativas teniendo en cuenta la temperatura del medio ambiente que supera los 29 grados centígrados. El estudio realizado por el INS (2015) que lleva por título *Brote de evento de etiología desconocida en el municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014. Informe Ejecutivo (Ene 16 2015)*, en ninguna parte menciona la atención o investigación al cuidado de los lotes del biológico destinado a Carmen de Bolívar.

7. Las niñas que están enfermas, sus padres de familia y en general todo el cuerpo social afectado tienen las siguientes preguntas esperando sus respuestas :

¿Los ESAVI alcanzaron a llegar al laboratorio que produce la vacuna?

¿Cuál es la responsabilidad de los laboratorios que produjeron los lotes de vacunas inoculados en las niñas que enfermaron a partir de ese acto?

¿Se volverá a repetir el caso del Carmen de Bolívar en otro lugar del mundo?

¿Las familias de las niñas afectadas, hasta qué punto podrán atender la situación de salud de sus hijas?

¿Se afectará la salud de los futuros hijos de estas niñas afectadas?

¿Qué efectos seguirán apareciendo en la precaria salud de las niñas?

¿Qué pasará con la salud psicológica de las niñas y de sus familias?

Si el Estado colombiano ha demostrado que no tiene voluntad para ayudar a las niñas y a sus familias, ¿habrá alguien que lo haga?

¿La tragedia que se vive en el municipio de El Carmen de Bolívar, quedará impune e invisibilizada?

Conclusiones

1. Como se puede observar en el presente documento, las preguntas sobre las percepciones personales sobre los cambios que se han presentado en niñas vacunadas contra el Virus del Papiloma Humano (VPH) en Descanse, Calibío, Popayán y Carmen de Bolívar; se pudieron responder plenamente. Se identificaron los cambios físicos, psicológicos, socioculturales y económicos, generados después de la inoculación de la vacuna contra el VPH en las niñas que tienen cuadros clínicos adversos a partir del año 2014, en los lugares mencionados.

2. Sobre la seguridad de la vacuna: En el cuerpo social, la percepción sobre la seguridad de la vacuna anti VPH es desfavorable porque no se puede decir que es segura si después de la inoculación de la segunda dosis más de un millar de niñas enfermaron en el municipio de El Carmen de Bolívar. Aunque en Descanse las 10 niñas vacunadas, que pude entrevistar, que pertenecen a los grupos étnicos, inga, yanacona y mestizo, no presentaron cuadros clínicos adversos pero aseguran que no tienen certeza de la seguridad de la vacuna pues creen que muy seguramente el lote del biológico aplicado allá era diferente a alguno de los aplicados en Carmen de Bolívar toda vez que están localizados muy distantes en el territorio colombiano.

El Estado colombiano expresó su posición sobre las manifestaciones adversas que han tenido algunas niñas del municipio de El Carmen de Bolívar al ser inoculadas, como una Enfermedad Psicógena Masiva (EPM). Analizando los ocho elementos que caracterizan una EPM, ninguno de ellos aplica en los continuos eventos de salud que aún suceden en el municipio de El Carmen de Bolívar. En los dos casos aislados, sucedidos en Calibío y Popayán, las niñas aún siguen enfermas, el cuerpo médico no asocia sus enfermedades con la vacuna anti VPH. En todos los

casos infortunados sucedidos en todo el país, el evento común ha sido la inoculación de la vacuna anti VPH.

Esto es, mientras el Estado ratifica la seguridad de la vacuna el cuerpo social afectado muestra los cuadros clínicos de las niñas que aún siguen enfermas.

3. Sobre la percepción de atención del Estado colombiano, en la situación de salud del cuerpo social afectado, como garante del derecho al reconocimiento de la dignidad humana en la integridad de la persona en la preservación de su salud, es que no ha atendido su responsabilidad como lo indica en la Constitución Nacional de 1991 y en la ley 1751 del año 2015; primero imponiendo la vacuna de manera masiva y obligatoria desconociendo los derechos humanos, irrespetando la dignidad personal en su integridad física de cada una de las niñas y desconociendo la potestad de los padres de familia a decidir si aceptan o no la inoculación de la vacuna a sus hijas menores de edad; segundo que no ha proporcionado mecanismos efectivos para restablecer la salud de las niñas ni las afectaciones causadas por ese evento, pues tienen profundas afectaciones físicas, morales, académicas, psicológicas, económicas, sociales y una marcada estigmatización especialmente de la comunidad médica. También han expresado que se percibe que el Estado ha dado demasiado protagonismo a la vacuna anti VPH bajo el marketing del miedo y no ha promocionado los otros mecanismos de prevención del cáncer del cuello uterino, entre ellos la citología especialmente en lugares rurales de difícil acceso.

4. Al analizar el discurso del INS (2015) sobre las “situaciones de orden social y económico” que pudieron gestar las reacciones en la salud de las niñas después de la inoculación de la vacuna anti VPH en el municipio de El Carmen de Bolívar, se hizo necesario comparar las mismas situaciones en otro lugar del país y que hubiese experimentado el mismo evento, por lo que se eligió el corregimiento de Descanse y el municipio de El Carmen de Bolívar encontrándose los

siguientes resultados: a) Hubo presencia de violencia debido al conflicto armado con lo cual se presentaron desplazamientos, amenazas; incluso que en Descanse se presentaron casos de enfermedades mentales a partir de la violencia perpetrada por los grupos armados. b) Se presentan conflictos familiares. c) Los dos lugares tienen un alto índice de Necesidades Básicas Insatisfechas. Con lo anterior se pudo observar que estos elementos no son determinantes para la presencia o no de posibles reacciones adversas a la vacuna anti VPH en las niñas de Descanse o de El Carmen de Bolívar.

Al evaluar la seguridad de la vacuna en los dos lugares, en Descanse donde las niñas no presentaron cuadros clínicos adversos después de las jornadas de vacunación, con El Carmen de Bolívar que hubo más de un millar de casos, después del trabajo de campo se dedujo que no se pueden comparar estos dos lugares debido a la diferencia en la población vacunada, pues en Descanse solamente fueron 10 niñas a quienes se les inoculó la segunda dosis mientras que en Carmen de Bolívar fueron 3.281 niñas que recibieron la segunda dosis. A ello se agrega, que genéticamente y culturalmente son poblaciones diferentes, y es importante que el Estado colombiano tenga en cuenta esta diversidad cultural y genética al proponer estas vacunaciones masivas, ya que hay percepciones particulares que los grupos étnicos tienen sobre las vacunas y esto se agrega el desconocimiento de la variación genética de la población Colombiana que no conocemos en detalle y pueden presentarse condiciones moleculares que afecten o favorezcan la aplicación de una vacuna o de un medicamento y es deber del ministerio de Salud y protección social estar pendientes de estas situaciones.

5. Impacto en los proyectos de desarrollo. En cuanto al impacto de las jornadas de vacunación anti VPH en los dos lugares mencionados, se observó que la continuación de proyectos de desarrollo en Descanse no se vieron interrumpidos, en Carmen de Bolívar sí. Por ejemplo en

Descanse continuaron con la construcción de la vía de acceso vehicular y otros proyectos, contrario a Carmen de Bolívar que su atención se vio enfocada en la recuperación de la salud de las niñas y los proyectos de desarrollo planeados por el cuerpo social como la lucha anticorrupción para instalar los servicios básicos de agua, electricidad y gas, se interrumpieron.

6. La concepción del significado de “paciente” no es igual para la medicina alopática occidentalizada ni para el sistema de medicina tradicional. Según lo observado en los casos donde usaron los dos tipos de medicina, se deduce que la occidentalizada influenciada por la globalización y un tipo de capitalismo donde el ser humano no cabe con toda su dignidad, para ellos el término paciente hace referencia a la enfermedad y no a la persona que está enferma; separa la enfermedad de la persona y no tiene en cuenta sus relaciones como tampoco los sistemas que constituyen a la persona, pues aíslan el cuerpo del resto de su integridad y sus relaciones familiares, sociales, culturales, con la naturaleza, entre otras. También parece que los cuerpos vivos de las niñas fueron tomados como una cantidad para cumplir una meta de vacunación asignada a cada región usando las Instituciones Educativas para garantizar así la cobertura de toda la población femenina infantil y adolescente. Para esta labor tan delicada el sistema de salud no capacitó a los profesores, no suministró la información veraz sobre posibles reacciones adversas, tampoco pidió consentimiento a los padres de familia. Todo lo contrario reflejaron los médicos tradicionales que atendieron de manera individual a las niñas y a sus familiares pues la experiencia muestra que ellos buscaban el equilibrio, de manera integral, en el cuerpo de las niñas.

7. En el mundo hay un movimiento anti vacuna que no está directamente conectado con la población del Carmen de Bolívar ni con las asociaciones de padres de familia de las niñas que presentaron cuadros clínicos adversos a su salud después de la inoculación de la segunda dosis

de la vacuna anti VPH. Este evento en salud tuvo una consecuencia en Colombia afectando los índices del cumplimiento de metas en vacunación.

8. Después de los eventos de desatención por parte del Estado, se observó una pérdida de credibilidad en el Estado en el deber ser garante de los derechos humanos. Aplicar una vacuna de manera masiva, es en sí misma, una acción que desconoce la dignidad humana en su individualidad pues bajo la mirada de la bioética se infringe en el cuidado de la integridad personal en términos del respeto al cuerpo humano individualmente.

9. El cuerpo social afectado conformado por las niñas que presentaron cuadros clínicos adversos a su salud y que se afectaron las dimensiones física, psicológica y moral de su ser persona como también de una afectación económica, hacen que estén experimentando un sufrimiento social ante la mirada desviada del Estado. Este estudio muestra la experiencia de las niñas y la de sus padres exigiendo al Estado la garantía del derecho a la salud de ellas.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente puedo decir que las preguntas fueron respondidas plenamente y los objetivos fueron logrados.

Quiero expresar una solicitud que el cuerpo social afectado pronuncia con profunda preocupación y es que necesitan ayuda de profesionales de diferentes áreas del conocimiento, pero con urgencia de la medicina en todas sus especialidades, además de psicólogos, antropólogos, abogados, economistas, comunicadores sociales, entre otras.

Un compromiso realizado a los líderes del cuerpo social afectado fue el de ayudarlos a visibilizar su problemática a nivel nacional e internacional ante lo cual adquirí dos compromisos: a) hacer un video donde un grupo de madres de familia junto a sus niñas pudieran hablar sobre su tragedia. El video se hizo y ya está en su poder. b) Escribir un artículo para que sea publicado en

alguna revista científica en el ámbito académico nacional o internacional, después lo daré a conocer a los líderes de padres de familia afectados en Carmen de Bolívar y a las familias de las dos niñas afectadas en el municipio de Popayán.

En el presente estudio me faltó profundizar en:

Conocer el perfil de morbilidad-mortalidad de las niñas que tuvieron cuadros clínicos adversos después de recibir la vacuna contra el VPH.

Desde la antropología simbólica buscar un mecanismo de reparación en el cuerpo social afectado por la vacuna anti VPH en el municipio de El Carmen de Bolívar y las dos familias del municipio de Popayán.

Estudios futuros:

- 1) Conocer la argumentación médica de los profesionales que están a favor de la aplicación de la vacuna anti VPH contrarios a quienes tienen argumentos para rechazarla.
- 2) Estudiar más a profundidad el impacto causado a las familias de las niñas.
- 3) Caracterizar de manera individual las niñas que presentaron cuadros clínicos adversos atendiendo el *protocolo de vigilancia de ESAVI* (INS, 2009, p.10) para continuar la investigación de los ESAVI.

A las niñas Sofía Tovar Rocha † y Dálida Estéfani Picalúa Díaz † QEPD.

Va mi profunda y sentida oración. A ellas dedico este trabajo realizado con mucho amor.

Glosario de términos

ASIS: Análisis de situación de salud.

ASTO: se conoce también como ASLO, es uno de los exámenes de laboratorio utilizados para medir los “Anticuerpos anti estreptolisina que son producidos por infección por estreptococo beta hemolítico principalmente del grupo A.

Brote: Ocurrencia de un número de casos de un daño particular en un área y en un tiempo dados, mayor que el número de casos esperados, relacionados y limitados en tiempo y espacio.

CACU: Cáncer de cuello uterino.

Carmero: gentilicio de personas de El Carmen de Bolívar.

CDC: Centros para el Control de Enfermedades en Estados Unidos.

CNPI: Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones.

Cuerpo social: Es un conjunto de individuos que habitan un mismo territorio, que están organizados por una misma causa o acontecimiento, como es el caso de las niñas afectadas por la vacunación masiva en el Carmen de Bolívar.

DANE: Departamento administrativo nacional de estadística.

DCM5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. En español Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

EPS: Entidad promotora de salud.

ESAVI: Eventos supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización.

ETS: Enfermedad de transmisión sexual.

FDA: Food and Drug Administration. Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos.

Feminicidio: se define como el asesinato de mujeres debido a su condición de género, es decir, por el mero hecho de ser mujeres, por lo cual es siempre perpetrado por un hombre.

HPV: Human Papillomavirus. Virus del Papiloma Humano.

INS: Instituto Nacional de Salud.

INVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos.

IPS: Instituto prestador de salud.

Morbilidad: Es el índice de personas enfermas en un lugar y tiempo determinado. El índice o la tasa de morbilidad es un dato estadístico útil para estudiar los procesos de evolución y control de las enfermedades.

Mortalidad: Indicador demográfico que establece una relación entre el número de defunciones y la cifra de la población total en donde se producen, durante un período de tiempo determinado.

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

NBI: Necesidades Básicas Insatisfechas.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

PAI: Plan Ampliado de Inmunización.

POS: Plan obligatorio de salud.

VAERS: Vaccine Adverse Event Reporting System es equivalente a ESAVI.

VLPs: Virus-like particles. Son partículas parecidas al virus que se obtienen, por ingeniería genética, de proteínas estructurales del virus a combatir, en este caso del VPH.

VPH: Virus del Papiloma Humano

Geolecto en los lugares de investigación

El geolecto es una variación del lenguaje originada por los diversos matices geográficos, mismos que, aunque no generan incompatibilidad con los diferentes geolectos de un mismo idioma, sí le aportan algunas variaciones tanto escritas como fonéticas.

Geolecto en Carmen de Bolívar

Aguantar: sostener. Ejemplo: “a veces entre 3 o 4 personas no las podemos aguantar”.

Apriete: presionar. Ejemplo “lo único que hago es como que ir a secretaría de salud que me aprieten un poquito la IPS y me ayude con los traslados de mi hija”.

Bololó: sinónimo de escándalo, Ejemplo: “Aunque ella también está afectada, no quiere que la metan en el bololó”.

Buena: sinónimo de buen estado de salud. Ejemplo: “a la que no le pusieron la vacuna ahí está buena, las otras están con el problema”.

Campaña: retiro espiritual. Ejemplo: “en la iglesia solo teníamos una semana de campaña”

Cavador cortado: es un instrumento usado como herramienta para arar la tierra. Es una reja de arado fija en un eje muy fuerte. Tomado de *Diccionario de agricultura práctica y economía rural* en línea: <https://books.google.com.co/> consultada en enero 28 de 2019.

Cajón: es un sinónimo de ataúd. Ejemplo: “Con una hija en un hospital con una crisis y otra que la tiene en la casa en un cajón”.

Casarse: Se refiere a la unión de hecho entre un hombre y una mujer sin que haya compromiso de convivencia compartiendo un mismo techo, es simplemente la unión sexual de dos jóvenes. Ejemplo: “la niña se casó y está embarazada”.

Componer: sinónimo de mejorar en su salud. Ejemplo: “no dormía pensando en que si mi hija se iba a componer”.

Corticos: golpear el cuerpo de un niño. Ejemplo: “¡Martín voy a ponerte unos cuantos corticos!”.

Covado: sinónimo de cavar la tierra.

Culebrilla: sinónimo de Herpes, enfermedad de brote en la piel debido a su sistema autoinmune.

Disgustado: sinónimo de reacción adversa. Ejemplo: “está disgustada con la vacuna, entonces le di aspirinita para que se le pase”.

Guapo: hace referencia a un estado de ira. Ejemplo: ¡es más, se ponen guapos!

Lavada de lengua: Es un regaño acompañado de mucha ira e indignación. Ejemplo: “Les pegó una lavada de lengua a los demás médicos”.

Seño: abreviatura de señora. Ejemplo: “La seño me llamó me pregunto de que sufría mi hija, pues que acababa de sufrir un desmayo”

Tapita de limón: Un limón partido en dos partes para poder sacar su jugo por presión.

Peto: Denominación que en la parte norte del país se la da a un plato de la gastronomía colombiana cuyo ingrediente principal es el maíz blanco cocido intensamente en agua o en leche, normalmente es endulzado con azúcar o panela de caña, se consume frío. Ejemplo:

“Mis hermanas me colaboraban, me decían hagamos una olla de peto y la sacamos a vender en las tardes”

Ñame: Es un tubérculo que hace parte principal de la gastronomía de la costa Caribe colombiana, normalmente se consume cocido en agua y aliñado con sal, aceite.

Pedazo: sinónimo de lugar. Ejemplo: “se perdió del pedazo” equivale a decir se fue del lugar.

Pelados: sinónimo de chicos adolescentes. Ejemplo: “de Caracolí vinieron pelados ayudando a las niñas”

Plata: es un término usado en Colombia para referirnos al dinero.

Relaciones: con este término solamente se refieren a las relaciones sexuales.

Suciesa: sinónimo de suciedad. Ejemplo: “Se lo comenté al doctor y él me dijo que eso era suciesa”.

Suero: es un producto de la leche de vaca, parecido al yogurt de consistencia densa y de color blanco. Este alimento, hace parte de la gastronomía de la costa Caribe colombiana y normalmente acompaña al ñame y a las carnes.

Trochar: sinónimo de desyerbar, una práctica agrícola para arrancar la maleza de un terreno.

Geolecto en Descanse

Cascar: castigar físicamente, pegar, golpear.

Chacanear: es el medio de transporte de un paciente desde Descanse a la punta donde esperan la camioneta para salir a Mocoa. Consiste en una camilla realizada con dos palos de madera laterales unidos por una pieza de tela, esta camilla es llevada por dos personas, una adelante y

otra atrás, que van corriendo por el camino de herradura. Ejemplo: “le dio cólico y tuvimos que chacanearla”.

Curuntamama: es una especie de pescado de cañadas. Tienen el aspecto de anguilas.

Guapo: se refiere a la capacidad de resistencia al dolor, al peso que puede soportar al transportarlo. Gran capacidad de trabajo físico o mental.

Mazamorra: Denominación que en la parte sur occidente del país se la da a un plato cuyo ingrediente principal es el maíz blanco cocido intensamente en agua o en leche, normalmente es endulzado con azúcar o panela de caña, se consume frío. En la parte norte de Colombia se le conoce como peto.

Plomo: es una manera de referirse al revolver. Ejemplo: “*Cada ocho días había peleas en la calle entre borrachos y eso causa impresión porque sacan plomo y machete*”

Tomar: beber alcohol hasta embriagarse.

Referencias

- Aedo, Á., Murray, M., & Bacchiddu, G. (2017). Hacia Una Ciencia Social Crítica. Entrevista a Didier Fassin. *Andamios*, 14(34), 351–364.
- Abadía -Barrero, C. E., & Melo-Moreno, M. A. (2014). Repensar la salud desde una Academia crítica y comprometida. Vida, acumulación y emancipación. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 41–57. Recuperado en octubre 2 de 2019, <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.rsda>.
- Asis Cauca. (2017). En línea, consultado en abril 2 de 2019, recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=16992>.
- Asis Carmen de Bolívar. (2013). En línea, consultado en marzo 10 de 2019, recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-bolivar-2013.zip?ID=6298>
- Asis Bolívar .(2017). En línea, consultado en abril 2 de 2019, recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/Forms/DispForm.aspx?ID=16550>.
- Asis Santa Rosa. (2017). Documento no publicado en línea.
- Avila M, Gustavo, Hipólito PA, Silvia LE, Elaines RD, Nerza PR, Eduardo T. (2007). Brote de histeria epidémica entre estudiantes de secundaria en San Juancito, Francisco Morazán, Honduras. *MedHondur*. 2007; 75:1-7.

Barfield, Thomas. (2001). *Diccionario de Antropología*. Versión digital. Universidad de Montreal.

Benavides, M., & Salazar, L. (2017). Razones que pueden explicar la reducción en la cobertura de vacunación contra VPH en Colombia. *Revista CES Salud Pública*, 8(1), 82–93.

Camaño-Puig, R., & Sanchis-Martínez, M. M. (2014). Vacuna contra el virus del papiloma humano en adolescentes: Análisis mediante grupos focales. En *Revista De Salud Pública*, 16(5), 647-659.

Centro Nacional de Memoria Histórica, en línea consultado en mayo 23 de 2019, en <http://rutasdelconflicto.com/busqueda.php?clave=Carmen+de+Bolivar&Buscar=Buscar>.

Constitución Política de Colombia. (1991). en línea consultada en julio 25 de 2019 en <http://www.corteconstitucional.gov.co/inicio/Constitucion%20politica%20de%20Colombia.pdf>.

Chaves-Ortiz, V., Yepes, F., & Hernández, L. J. (2015). Informe de la autoridad danesa de salud y medicamentos. *Revista Gerencia Y Políticas De Salud*, 14(29), 193-196.
doi:10.11144/Javeriana.up14-4.rgyps14-29.iads.

Congreso de la República de Colombia. (2013). *Ley 1626 del 30 de abril de 2013 por medio de la cual 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*. Bogotá D.C. Congreso de la República de Colombia, en línea consultado en abril 11 de 2019, recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1626_2013.html.

Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley 1751 de febrero 16 de 2015 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*. Bogotá D.C. Congreso de la República de Colombia, en línea consultado en julio 25 de 2019 recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

COLPRENSA. (03 de septiembre de 2014). "La vacuna no tiene nada que ver" MinSalud. *Vanguardia.com*. Recuperado el 06 de julio de 2017, de <http://www.vanguardia.com/actualidad/colombia/276819-la-vacuna-no-tiene-nada-que-ver-minsalud>.

Constaín Cerón, Nancy Cristina. (2014). Seminario de Organización Social y Parentesco. Departamento de Antropología. Universidad del Cauca.

Constaín Cerón, Nancy Cristina. (2017). Familia, convivencias y relaciones en la comunidad del corregimiento de Cajete, Municipio de Popayán. Tesis para optar título de maestría. Departamento de Antropología. Universidad del Cauca.

Corte Constitucional.(2017). *Sentencia T-365/17 Aplicación de la vacuna contra el VPH requiere consentimiento informado*. Bogotá D.C.: Corte Constitucional de Colombia. En línea, consultada en julio 24 de 2019. Recuperado de <http://www.corteconstitucional.gov.co/noticia.php?T-365/17-Applicacion-de-la-vacuna-contr-el-VPH-requiere-consentimiento-informado-8234>

Daza, D. (2017). "¡ El daño está hecho!" Voces de inequidad y encarnación sobre la vacuna masiva contra el Virus del Papiloma Humano y sus efectos en el Carmen de Bolívar - Colombia. *Manuscrito no publicado*. Tesis para optar por el título de Antropología en la Universidad Javeriana. Bogotá.

DANE. (2019), en línea, consultado en julio 12 de 2019, recuperado de

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/pobreza-y-condiciones-de-vida/necesidades-basicas-insatisfechas-nbi>.

De Francisco, A. (1998). Humanismo y medicina. Bogotá, Colombia: Editora Guadalupe.

Duch, Lluís. (2002). Aproximación a la salud (y la enfermedad). En *Antropología de la vida cotidiana. Simbolismo y salud*. Madrid. Editorial Trotta.

Declaración Universal de Derechos Humanos, en línea consultada en julio 15 de 2019,

recuperado de, <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>

EL TIEMPO. (30 de agosto de 2014). niñas enfermas en el Carmen de Bolívar por vacuna contra

el VPH, consultado en línea, mayo 8 de 2017 en <http://www.eltiempo.com/colombia/otras-ciudades/ninas-enfermas-en-carmen-de-bolivar-por-vacuna-contr-el-papiloma/14462537>.

EL TIEMPO. (23 de enero de 2015). Gobierno reafirma su posición respecto a la vacuna del

papiloma humano. *EL TIEMPO*. Recuperado el 05 de julio de 2017, de

<http://www.noticiasrcn.com/nacional-pais/gobierno-reafirma-su-posicion-respecto-vacuna-del-papiloma-humano>.

El Espectador. (enero 19 de 2015). En línea recuperado en julio 21 de 2019, de Diario El

Heraldo, en línea, <https://www.elheraldo.co/bolivar/comision-estudia-la-possible-causa-del-desmayo-de-ninas-164086> consultado en julio 20 de 2019.

El Herald. (26 de agosto 2014). En línea, consultado en julio 20 de 2019. Recuperado de

<https://www.elheraldo.co/bolivar/comision-estudia-la-possible-causa-del-desmayo-de-ninas-164086>,

El Heraldo. (2015). En línea consultado en mayo 17 de 2016. Recuperado de

<http://www.elheraldo.co/bolivar/dos-ninas-vacunadas-contr-el-vph-en-el-carmen-intentan-quitarse-la-vida-201421>.

El Heraldo. (11 de septiembre de 2016). En línea, consultado en julio 20 de 2019. Recuperado de

<https://www.elheraldo.co/region/el-drama-sin-fin-de-un-millar-de-ninas-de-el-carmen-de-bolivar-284347>,

Es noticia. En línea recuperado en julio 21 de 2019, de Estadísticas de muertes por cáncer

cervical en el Departamento del Cauca en el año 2014, en línea, consultada mayo 8 de

2017 en: <http://saludcauca.gov.co/sala-de-prensa/noticias/destacadas/122-2014-47->

[muertes-de-mujeres-por-cancer-de-mama-y-48-muerte-por-cancer-de-cuello-uterino-en-el-departamento-cauca](http://saludcauca.gov.co/sala-de-prensa/noticias/destacadas/122-2014-47-muertes-de-mujeres-por-cancer-de-mama-y-48-muerte-por-cancer-de-cuello-uterino-en-el-departamento-cauca).

Fassin, D. (2011). The Trace: Violence, Truth, and the Politics of the Body. *Social research*,

78(2), 281–298. Recuperado de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=65165297&lang=es&site=eds-live>. Consultado en marzo 22 de 2019.

Forcades, T. (2012). *Una reflexión y una propuesta en relación a la vacuna del VPH* [vídeo en

YouTube]. Recuperado de www.lidiapujol.com/referenciasdamorillibertat. Consultado

en marzo 22 de 2019.

Gálvez Lopera, C. A., & Naranjo Quintero, V. (2017). El dolor humano: una respuesta de las

ciencias de la salud y una reflexión del dolor espiritual para la formación de los cuidadores

paliativos. *Escritos*, 25(55), 419–436. Consultado en marzo 22 de 2019, en línea

<https://doi.org/10.18566/escr.v25n55.a04>.

- Goldstein, D. M. (1), & Hall, K. (2). (n.d.). Masshysteria in Le Roy, New York: How Brain experts materialized truth and outscience denvironmentalinquiry. *American Ethnologist*, 42(4), 640–657. <https://doi.org/10.1111/amet.12161> en línea consultado en marzo 16 de 2019.
- Godoy-Verdugo, MK., ZonanaNacach, A., &Anzaldo Campos, M. C. (2013). Aceptación de la vacuna contra el virus del papiloma humano por parte de madres e hijas entre 9 y 13 años de edad. En *Ginecología Y Obstetricia De México*, 81(11), 645-651.
- Gobernación de Bolívar. Instituto de Cultura y Turismo de Bolívar. INCULTUR: <https://icultur.gov.co/wp/carmen-de-bolivar/>, consultado en línea el 30 de abril del 2019.
- Goyeneche (2015). Consultado en julio 20 de 2019. Recuperado de https://www.vice.com/es_co/article/pp599y/suicidas-de-el-carmen-de-bolivar.
- Hernández, A. (2014). Apoyo sicosocial a las víctimas del conflicto armado interno de El Carmen de Bolívar. Universidad de Cartagena.
- Huertas Díaz, O., & Jiménez Rodríguez, N. P. (2016). Femicidio en Colombia: reconocimiento de fenómeno social a delito. *Revista Pensamiento Americano*, 9(16), 110–120. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=poh&AN=115838611&lang=es&site=eds-live>, consultado en marzo 18 de 2019.
- INS. (2009). Protocolos de vigilancia de Eventos Supuestamente Atribuidos a la Vacunación o Inmunización. En línea recuperado en mayo de 2015 de, <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Paginas/Info-Evento.aspx>.

INS. (2012). lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), recuperado en julio 15 de 2018, de

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Lineamientos%20VPH.pdf>.

INS. (2012). En línea, recuperado de <http://www.ins.gov.co/conocenos/objeto-y-funciones>, consultada en junio 24 de 2019.

Instituto Nacional de Salud - INS. (2013). Módulo Informes de Evento. Recuperada en junio 25 de 2019. <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ESA VI%202013.pdf>

Instituto Nacional de Salud - INS. (2014). Módulo Informes de Evento. En línea, consultada en junio 25 de 2019. <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ESA VI%202014.pdf>.

Instituto Nacional de Salud - INS. (2015). Módulo Informes de Evento. En línea consultada en junio 25 de 2019, recuperada de <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ESA VI%202015.pdf>.

Instituto Nacional de Salud - INS. (Enero 16 de 2015). *Brote de Evento de etiología desconocida en el municipio de El Carmen de Bolívar, Bolívar, 2014. Informe Ejecutivo (enero 16 de 2015).*

Instituto Nacional de Salud - INS. (Febrero de 2015). *Estudio de enfermedad supuestamente atribuible a la vacunación contra VPH.*

Instituto Nacional de Salud - INS. (2016). Módulo Informes de Evento. En línea consultada en junio 25 de 2019, recuperada de <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ESA VI%202016.pdf>.

Instituto Nacional de Salud - INS. (2017). Módulo Informes de Evento. En línea consultada en junio 25 de 2019, recuperada de <http://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/ESA VI%202017.pdf>.

INSP. (2015). Entrevista al Dr. Eduardo Lazcano, en línea consultada en mayo 8 de 2017 de <https://www.insp.mx/noticias/entrevistas-de-radio/1196-existen-200-tipos-de-virus-del-papiloma-humano.html>

INSP. (2017). En línea consultado en mayo 8 de 2017, recuperado de <https://www.insp.mx/noticias/entrevistas-de-radio/1196-existen-200-tipos-de-virus-del-papiloma-humano.html>.

INVIMA. (2019). En línea consultada en junio 14 de 2019, recuperada de <https://www.invima.gov.co/web/guest/biol%C3%B3gicos-y-de-s%C3%ADntesis-qu%C3%ADmica>,

Jones, T. F. (2000). Mass psychogenic illness: role of the individual physician. *American Family Physician*, 62(12), 2649.

Kharabsheh S, Al Otoum H, Clements CJ, et al. Mass psychopopulation. *Am J Epidemiol* 1990; 132 (6): 1120-9
psycogenic illness following Td vaccine in Jordan. *Bull WHO* 2001; 79 (8): 764-70.

Lain, P. (1983). *La relacion medico- enfermo*. Madrid, España. Alienza editorial, S.A.

Lain, P.(1984). *Antropologia médica*. Barcelana, España. Salvat editores, S.A.

Merck. (2010). *USPPI Patient Information about GARDASIL® (pronounced “gard-Ah-sill”)*
Generic name: [Human Papillomavirus Quadrivalent (Types 6, 11, 16, and 18) Vaccine,

Recombinant] . En línea, consultado en junio 6 de 2019. Recuperado de

https://www.merck.com/product/usa/pi_circulars/g/gardasil/gardasil_ppi.pdf.

Ministerio de Salud y Protección social. (2010). Consultado en línea en abril 22 de 2019 en

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/imp_MI_Nsalud+asisREGIONES.pdf.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2012). *Lineamientos técnicos y operativos para la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), primera fase.*

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Guía de Práctica Clínica para el abordaje sindrómico del diagnóstico y tratamiento de los pacientes con infecciones de transmisión sexual y otras infecciones del tracto genital.*

https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/GPC_Co_mple ITS.pdf. En línea consultado en junio 6 de 2019.

Ministerio de Salud y Protección social. (2015). Consultado en línea el abril 22 de 2019

recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección social. (2016). Consultado en línea en abril 25 de 2019,

recuperado de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/results.aspx?k=BOLIVAR%20ASIS&scope=Todos>.

Ministerio de Salud y Protección social. (2017). Consultado en línea en abril 23 de 2019 en <http://rssvr2.sispro.gov.co/reportesasis/>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2017. Recuperado en abril 23 de 2019, de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pdf>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (Sin año). Guía de atención de las Enfermedades de Transmisión Sexual. Recuperado en junio 6 de 2019, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/24Atencion%20de%20las%20ETS.PDF>.

Ministerio de Salud y Protección social. (2015). Consultado en línea en abril 25 de 2019. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/paginas/results.aspx?k=CARMEN%20DE%20BOLIVAR%20ASIS&scope=Todos#k=CARMEN%20DE%20BOLIVAR%20ASIS#s=11>.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Análisis de situación en Salud Departamental y municipal Bolívar 2017*. En línea consultado en (02/3/2019), recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-bolivar-2017.zip>,

Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). Análisis de Situación de Salud (ASIS) Colombia 2017. En línea consultado en (02/3/2019), recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-nacional-2017.pd>.

MSPS.Biblioteca Digital. En línea, consultada en julio 24 de 2019, recuperada de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/Instructivo-atencion-epidemiologica-brotes.pdf>

Moreno, C. (2015). La influencia de los medios de comunicación sobre el efecto Weber:

correlación entre las noticias publicadas sobre la vacuna del VPH y las alertas registradas en fármaco vigilancia en Panace@. Vol. XVI, n 42.

Organización Mundial de la salud, en línea, consultada el junio 6 de 2019, recuperada de

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-\(hpv\)-and-cervical-cancer](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-papillomavirus-(hpv)-and-cervical-cancer).

Organización Mundial de la Salud, en línea, consultada en noviembre 20 de 2017, recuperada de

<http://www.who.int/topics/vaccines/es/>.

Organización Mundial de la Salud, en línea. *Definición de salud*, consultada en junio 17 de 2019.

Recuperada de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions>,

Olivero-Verbel J, Pomares F, Manjarres A, Valdelamar J, Sierra L, Coronado N, Álvarez N,

Galvis J (2018). *Evaluación de los efectos del proceso de vacunación contra el virus del papiloma humano en adolescentes de Bolívar*. Universidad de Cartagena.

Observatorio Nacional de Cáncer periodos 2005-2014, en línea, consultada en mayo 8 de 2017

<http://www.sispro.gov.co/Pages/Observatorios/cancer.aspx>.

Pérez C, Jorge E. (2014). Los efectos adversos sistémicos de las vacunas contra el virus del

papiloma humano y la evidencia científica de su asociación con dicha vacuna. En *Biosalud* 13(1), 5-6.

- Pérez Martín, Á., & López Lanza, J. R. (2012). Marcadores de enfermedades reumáticas. AMF: *Actualización en medicina de familia*, 8(1), 40–44. Recuperado de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=74292108&lang=es&site=eds-live>.
- Pérez, S. (2016). Construcción de memoria social y resistencia en un corregimiento del municipio de Santa Rosa Cauca. (tesis de pregrado de Antropología) Universidad del Cauca. Popayán.
- Piedrahita, C. (2019). Cicatrices invisibles. Abordaje psicosocial y emocional con víctimas del conflicto armado colombiano. (tesis de pregrado de Antropología) Universidad del Cauca. Popayán.
- Pinto Bustamante, B. J. (2016). La vacuna contra el virus del papiloma humano: estado de la cuestión, principio de proporcionalidad y consentimiento informado. *Acta Bioética*, 22(2), 251–261. <https://doi.org/10.4067/S1726-569X2016000200012>.
- Philen RM, Kilbourne EM, McKinley TW, Parrish RG. Mass sociogenic illness by proxy: parentally reported epidemic in an elementary school. *Lancet* 1989; 2:1372-1376.
- Plan Ampliado de Inmunización PAI en línea, recuperado en julio 15 de 2019 de https://www.medellin.gov.co/irj/go/km/docs/pccdesign/SubportaldelCiudadano_2/PlandeDesarrollo_0_19/Campaas_0/Shared%20Content/Vacunaci%C3%B3n/2017/Manual%20T%C3%A9cnico%20Administrativo%20del%20PAI/Modulo%20PAI%20Tomo%201.pdf.
- Redacción Vivir. (12 junio de 2018). La colombiana Nubia Muñoz, premiada por su investigación sobre cáncer de cuello uterino. *El Espectador*. Consultado en octubre 21 de

19. Recuperado de <https://www.elspectador.com/noticias/salud/la-colombiana-nubia-munoz-premiada-por-su-investigacion-sobre-cancer-de-cuello-uterino-articulo-794012>.

Reyes-Gómez, U., Reyes-Hernández, U., Reyes-Hernández, D., López-Cruz, G., Javier Hernández, L., & Quero-Hernández, A. (2010). Rivera, D. (compiladora). (1998). *Antropología médica. Una relación entre ciencias sociales y medicina*. Bogotá, Colombia. Editorial Kimpres Ltda.

Russo, M. T. (2006). Bioética y literatura: una propuesta para una antropología del sufrimiento. *Persona y Bioética*, 10(27), 121–131. Recuperado en línea el 18 de marzo 22 de 2019: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=fua&AN=41536847&lang=es&site=eds-live>.

Sánchez-Gómez, L. H., Yepes-Lujan, F. J., & Hernández-Flórez, L. J. (2014). La vacunación contra el virus del papiloma humano en Colombia. En *Revista gerencia y políticas de salud*, 13(27), 5-9.

SIVIGILA, en línea consultado en junio 19 de 2019, recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/SIVIGILA.aspx>.

Tabares, Rosa Elizabeth. (2017). Notas de clase en el Curso Temático Central, VII y VIII Semestre del programa de Antropología. Universidad del Cauca.

The College of Physicians of Philadelphia (2018). *Desarrollo, pruebas y reglamentos para las vacunas*. Consultada en junio 18 de 2019. Recuperado de <https://www.historyofvaccines.org/index.php/es/contenido/articulos/desarrollo-pruebas-y-reglamentos-para-las-vacunas>.

Torricelli, R. E. (2009). *Síndrome de Guillain Barre en pediatría*. (Spanish). Medicina (Buenos Aires), 69(1), 84-91.

Viveros, F., González, P., Volgger, K., López, C., Zapico, F., & Zepeda, C. (2017). Resistencia de padres frente a la vacuna contra el Virus Papiloma Humano en sus hijas. *Cuadernos Médico Sociales*, 57(1), 41–47. Recuperado en línea el marzo 18 de 2019.

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=129615656&lang=es&site=eds-live>.

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

Wikipedia, en línea consultada en junio 28 de 2019. Recuperada de

https://es.wikipedia.org/wiki/Histeria_colectiva

ZODES.(2005). En línea, consultado en julio 12 de 2019, recuperado de

http://www.sedbolivar.gov.co/antigua/descargas/cultura/inventario/INVENTARIO_CULTURAL_ZODES_MONTES_DE_MARIA.pdf

Videos en línea

Glifosato y drogas ilícitas. Alejandro Gaviria. <https://youtu.be/dfRqIsL5884?t=56>. Cátedra

Manuel Ancízar 2019 Universidad Nacional de Colombia Verdades incómodas en la salud pública global Sesión 7 – mayo 29 de 2019 Evidencia y toma de decisiones: riesgo,

incertidumbre e intereses. Parte II. Categoría [Entretenimiento](#). En el minuto 56:43 toca el tema de la vacuna anti VPH en Carmen de Bolívar.

Informe del INS en video YouTube: Resultados investigación salud en Carmen de Bolívar. Dir

Toxicología Hospital San José- Btá, consultado en línea en febrero 5 de 2017

<https://www.youtube.com/watch?v=F7zWVMGd7b8&feature=youtu.be>.

Asociación de padres de familia afectados por la vacuna VPH, en la web

En España: www.aavp.es.

Herramientas Software

Reproductor Multimedia VLC versión 3.0.3, para Windows 64 bits, descargado en línea

<https://get.videolan.org/vlc/3.0.3/win64/vlc-3.0.3-win64.exe> en agosto 4 de 2018.