



**Descomposición y análisis molecular de la estructura de una política
pública engenerizada**

El caso de la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano en Colombia

Requisito parcial para optar al título de
Magíster en Estudios Culturales

Sandra Milena Pulgarín Suárez

Directora

Liliana Vargas-Monroy

Maestría en Estudios Culturales
Facultad de Ciencias Sociales
Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá

2017

Yo, Sandra Milena Pulgarín Suárez, declaro que este trabajo de grado, elaborado como requisito parcial para obtener el título de Maestría en Estudios Culturales en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Javeriana es de mi entera autoría excepto en donde se indique lo contrario. Este documento no ha sido sometido para su calificación en ninguna otra institución académica.

Sandra Milena Pulgarin Suarez
C.C 43'760.293 de Envigado (Antioquia)
22 de Septiembre de 2017

Para Iván.

Mi paso por los EECC, está marcado por un grupo de mujeres potentes, maravillosamente claras y contundentes. Ximena, Luisa, Valeria, Sol, Juana, gracias porque con su compañía me fue posible derribar el testigo modesto que me habitaba; construido y disciplinado por años, el proceso de desbanque fue doloroso y lleno de confusiones, momento en el que ustedes estaban con sus voces rebeldes, como cantos libertarios.

A Mayra por haberme inscrito en esta aventura que nació en una noche de cervezas, y zanjar mis dudas para asumir este reto.

A Sol por su afectuosa cercanía, que la impulso a leer algunos apartes, los cuales me retroalimentó de manera tan pertinente como oportuna.

A Juana por su dulce compañía y por plasmar de manera tan certera mi idea de la imagen en la portada.

A Liliana Vargas Monroy, mi especial agradecimiento por su revisión dedicada, por su acompañamiento constante, por su rigurosidad, por enseñarme eso tan bonito de “hilar fino” y por qué no decirlo, por creer en mí cuando me sentí tan abrumada por el fuego transformador que supone pasar de un campo de conocimiento a otro.

Finalmente quiero agradecer a Iván, amor hogar, amor impulso, amor cuidado, amor paciencia. Gracias por las constantes conversaciones, y por haber dispuesto en casa la energía vital necesaria para hacer de este proceso una experiencia más bella, armónica y preciada.

A Paz y a Kira, amor y agradecimiento por estar siempre al lado del escritorio, esperando este momento, en el que las montañas y el juego con la pelota vuelven a hacerse posibles.

Tabla de Contenido

¿Qué carajos puede hacer una química farmacéutica hablando desde los estudios culturales? Notas de mis reflexiones sobre ética, salud y cultura	8
1. MUTATIS MUTANDIS: La vida en el campo de lo político	25
1.1 Biopolítica: Las regulaciones de la población.....	26
1.2 Emergencia de la sexualidad dentro de la biopolítica	29
1.3 Emergencia del farmacopoder y su relación con los cuerpos Money	35
2. CENTRO DE VACUNACIÓN Y CONDICIONAMIENTO MUNDIAL BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION : Relación entre filantropía corporativa y organismos multilaterales de salud	44
2.1 Filantropía Empresarial desde la lógica gubernamental:	48
2.2 Detrás de cada gran hombre sin VPH, hay una gran mujer vacunada	56
2.3 ¿Igualdad de acceso a qué?: Los prejuicios de una tecnología de género.....	61
3. MALIGNUM UTERI: Cuerpos de las mujeres intervenidos para el desarrollo.....	65
3.1 Relacionamientos globales en torno al cáncer cérvico uterino.	70
3.1.1 Estructura de la ley 1626 de 2013: Por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria de la vacuna contra el virus del papiloma humano a todas las niñas entre cuarto y séptimo grado	73
3.2 Coordinadas racializadas y estratificadas del <i>Malignum Uteri</i>	75
4. ÚTEROS DEL ESTADO	90
4.1. Discusiones legislativas: Decisiones sobre nuestros cuerpos desde el Congreso de la República.....	96
4.2 Ley 1626: Decreta una tecnología de género sin el perjuicio evaluado para las mujeres colombianas.....	104
4.3 Puntos de conexión a través del tiempo: Develaciones a partir del archivo.....	111
Epílogo	115
La fuga de Augustine	123
Referencias	126

Tabla de Ilustraciones

Ilustración 1. Alianza GAVI Ataca Cáncer Cervical. Implementación vacuna contra el VPH	59
Ilustración 2. Línea de tiempo de fuentes primarias.....	111

Tabla de abreviaturas

IINVIMA: Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos

TLC: Tratado de Libre Comercio

VPH: Virus del Papiloma Humano

POS: Plan Obligatorio de Salud

EPS: Entidad Promotora de Salud

PAI: Plan Ampliado de Inmunización

EECC: Estudios Culturales

ONU: Organización de Naciones Unidas

OMS: Organización Mundial de la Salud

WHA: World Health Assembly (Asamblea Mundial de la Salud)

OPS: Organización Panamericana de la Salud

MSPS: Ministerio de Salud y Protección Social

B&GF: Bill & Melinda Gates Foundation (av. prop.)

GAVI: Global Alliance for Vaccines and Immunisation

INC: Instituto Nacional de Cancerología

INS: Instituto Nacional de Salud

IARC: Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer

FDA: Food and Drug Administration (Administración de Alimentos y Medicamentos EU)

CONPES: Consejo Nacional de Política Económica y Social

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

¿Qué carajos puede hacer una química farmacéutica hablando desde los estudios culturales? Notas de mis reflexiones sobre ética, salud y cultura

¿Por qué me siento tan obligada a escribir? Porque la escritura me salva de esta complacencia que temo. Porque no tengo otra alternativa. Porque tengo que mantener vivo el espíritu de mi rebeldía y de mí misma. Porque el mundo que creo en la escritura me compensa por lo que el mundo real no me da. (...) Finalmente, escribo porque temo escribir, pero tengo más miedo de no escribir. El acto de escribir es el acto de hacer el alma, alquimia.

Una carta a escritoras tercermundistas
Gloria Anzaldúa, 1980

Las propias entrañas y el giro de tuerca

El 28 de marzo de 2003 recibí el título de Química Farmacéutica. Antes de mis 23 años, tenía muy pocas posiciones de privilegio, una vez me gradué empecé a trabajar de inmediato en la industria farmacéutica en Colombia. También he de decir que en menos de seis meses ya empezaba a dudar de la benignidad de la profesión y de sus patronos “San Cosme y San Damián”, lo que me llevó, a pesar de mi corta experiencia laboral, a hacer las primeras denuncias ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos, en adelante INVIMA sobre las irregularidades que encontraba en el camino.

Pasado un año, había decidido no seguir por las sendas que fácilmente trazaba la profesión, así que me articulé a un grupo de sociedad civil focalizado en temas relativos al acceso de medicamentos, el cual tenía incidencia en políticas públicas de salud en Colombia y en algunos países de América Latina. Allí discutíamos los indeseables efectos que tendrían las firmas de los primeros Tratados de Libre Comercio, TLC, sobre el sistema de salud y, más específicamente, las barreras al acceso a medicamentos, que implicaría la implementación de los mismos. Éramos un grupo de activistas pro-acceso a medicamentos y tecnologías en salud.

Contradictoriamente, y de manera privilegiada, desde que me gradué pude acceder no sólo a la medicina prepagada sino también a los planes Premium de esta modalidad del sistema de salud del país. En dicho plan me encontré a una exclusiva ginecóloga, quien por el año 2007, me ofreció en su consultorio la primera dosis de la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano, en adelante VPH. Ésta costaba alrededor de dos salarios mínimos de la época. Frente a la onerosa suma para acceder a esta vacuna y la agudeza que había adquirido al estar inmersa durante cuatro años en los temas sociales y políticos relativos al acceso de medicamentos y tecnologías en salud, me sirvió para negarme a pagarla, sobre todo porque sabía que después de ésta, debía adquirir dos dosis más, cada una por un costo similar. Sabía que tres dosis a ese precio, darían un alto margen de rentabilidad a la ginecóloga y al laboratorio, razones suficientes para descartar la posibilidad de intervenir mi cuerpo con una vacuna que se me ofrecía como un privilegio, y no como un tratamiento ineludible.

Para el año 2010 dos eventos se convirtieron en el punto de quiebre que me llevaría a plantearme la necesidad de reflexionar en torno a la vacuna contra el VPH y sus consecuencias sociales. En primer lugar, fui invitada a una conferencia en el auditorio León de Greiff de la Universidad Nacional liderada por mis antiguos compañeros del grupo de sociedad civil al que años atrás pertencí. La presentación fue contundente, la colega que estaba en el escenario mostró las gráficas de los países en los que esta vacuna había entrado a los planes de vacunación en Latinoamérica —recuerdo muy bien el ejemplo de México— y se denunció que en Colombia esta vacuna era exclusiva de los consultorios de los ginecólogos a precios elevados y solo tenían acceso mujeres profesionales mayores de 26 años; lo que correspondía a la experiencia personal que años atrás había vivido en el consultorio de mi ginecóloga. Mientras hablaba, detrás suyo iba rodando un video que mostraba a niñas mexicanas entre 10 y 12 años aproximadamente, quienes estaban uniformadas mientras eran vacunadas de manera gratuita por el Estado mexicano.

El segundo evento nace en el consultorio de mi ginecóloga de cabecera, la misma que tres años antes me había ofrecido la vacuna. En esta ocasión —año 2010— me encontró una

lesión precancerosa, a través de un papanicolau¹, lesión que ella misma resolvió de manera fácil y sencilla, practicándome una cauterización cervicouterina. Entre el examen diagnóstico y el procedimiento resolutivo pasó menos de un mes y hasta el día de hoy, mi cuello uterino está sano de lesiones producidas por el VPH. La cauterización me la practiqué completamente consciente, momento que aproveché para preguntarle a la ginecóloga si a este servicio de salud tenían acceso las colombianas que no pagaban planes prepagados, es decir, aquellas que solo tuvieran acceso al Plan Obligatorio de Salud, POS. A esto respondió que sí, aunque precisó que, en dichos casos, la detección temprana de lesiones precancerosas era más difícil, debido a (i) la falta de confiabilidad de los laboratorios en los que analizaban las muestras y (ii) que a raíz de los largos tiempos de asignación de citas, de parte de las Entidades Promotoras de Salud, EPS, las lesiones precancerosas empeoraban hasta desenlazar en cáncer de cuello uterino; momento en que esta cauterización cervicouterina ya no resultaba efectiva.

Es fundamental empezar por este relato personal por varias razones. Primero, porque me recuerda que, en mi experiencia como mujer, también soy construida, codificada y movilizada como un objeto de conocimiento e intervención a través de las lógicas que el poder-saber médico ha ejercido históricamente sobre nuestra anatomía reproductiva; circuito de la clínica y el hospital (Haraway, 1984), en el cual yo también soy responsable de echar a rodar las piezas dentadas, de una manera u otra. Así, esta tesis está planteada desde las grietas de la propia interseccionalidad que me constituye; esto es, estudié química farmacéutica y fui miembro del grupo activista pro acceso que inició las discusiones para que esta vacuna se universalizara en el país, seguramente aporté a la semiótica de la construcción de posicionamientos políticos que abogaban por tratamientos y acceso a estas vacunas, dentro del entramado del derecho universal a la salud. Para Stuart Hall, la identidad no es más que el producto de una articulación, la coincidencia de varios

¹ Los exámenes selectivos de detección de cáncer de cérvix incluyen dos tipos de pruebas de detección: la prueba de citología, conocida como prueba de Papanicolaou o frotis de Pap y la prueba de VPH. El propósito principal de hacer exámenes selectivos de detección con la prueba de Papanicolaou es detectar células anormales que pueden convertirse en cáncer si no son tratadas. La prueba de Papanicolaou puede también encontrar estados no cancerosos, como infecciones e inflamación. De igual manera, puede encontrar células cancerosas. Sin embargo, en las poblaciones que se hacen exámenes regulares de detección, la prueba de Papanicolaou identifica la mayoría de las células anormales antes de que se conviertan en cáncer. Consultado en: <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuello-uterino/hoja-informativa-prueba-pap-vph> (30/06/ 2017)

elementos que en su divergencia se aúnan por un tiempo determinado, con el paso del tiempo la identidad muta ante las nuevas formas de comprender el mundo. (2003:15).

Segundo, porque mi experiencia y las declaraciones de la ginecóloga fueron contundentes para redondear la justificación de salir de aquel grupo de sociedad civil, dado que ya venía cuestionando el discurso del acceso a las tecnologías en salud; en la medida que veía cómo la industria farmacéutica multinacional o nacional tomaba dicho discurso, lo cooptaba y lo usaba para introducir productos en el mercado y para posicionarlos en las políticas de salud pública propias del país; por tanto, empecé a desplazarme del discurso de la eliminación de las barreras de acceso de las intervenciones médicas y de su lógica del medicamento, a la implementación de prácticas de prevención y promoción en salud, en las que la farmacoterapia seguramente no iba a ser necesaria en muchos casos.

En este sentido, para el caso específico de las lesiones que me fueron detectadas y fueron atribuidas al Virus del Papiloma Humano, empecé a documentarme y comprendí que la carga de enfermedad de cuello uterino producido por este virus tendería a disminuir con la implementación de tres elementos, a saber, campañas efectivas de información a las mujeres indicándoles que al inicio de su actividad sexual deben tener controles como el Papanicolaou, información efectiva sobre el uso preventivo del condón y políticas que garanticen la calidad de los laboratorios clínicos y de profesionales ginecólogos. Prácticas que no deben ser eliminadas, aún en caso de haber recibido la inmunización con la vacuna contra el VPH, ya que estas vacunas no son efectivas para todas las cepas del virus, ni en todos los casos según el nivel de exposición a este. Recomendaciones que paradójicamente luego encontraría en las propias fichas técnicas de Cervarix® y Gardasil®, las vacunas contra el VPH.

Frente a lo anterior, manifiesto desde esta intersección, mi compromiso de no intentar negar la materialidad del cáncer de cuello uterino y no pretendo, de ninguna manera, minimizar la experiencia de las mujeres que lo han padecido: “quisiéramos creer que nuestra petición de un mundo real es algo más que una sacudida para escapar del cinismo y un acto de fe como los de cualquier otro culto, sea cual sea el espacio que generosamente le demos a las ricas e

históricamente específicas mediaciones a través de las cuales nosotras, y todos, debemos conocer el mundo” (Haraway; 1995: 318). Por lo tanto, con esta tesis, no pretendo negar mi propia experiencia como química farmacéutica, pues las ciencias de la biología y la química indudablemente construyeron en mí unas formas de conocer que no se limitan a lo semiótico ni a la representación. El camino que me queda por recorrer es un delgado espacio transdisciplinar entre la química farmacéutica, los estudios culturales y mi propia experiencia, esto es un complejo semiótico-material que me ayuda a pensar y a aceptar la materialidad de lo semiótico y lo semiótico de lo material.

Reconozco mis lugares de privilegio, de hecho, llegué a los estudios culturales en busca de otras miradas que me permitieran abordar mi entramado de inquietudes como mujer intervenida por la medicina, como profesional en química farmacéutica —con el blanqueamiento que supone dicha profesión y su ubicación dentro de las ciencias objetivas—, pero además precedida por la intención de comprenderme a través de otros saberes no-occidentales como la medicina ayurvédica, el yoga y algunas danzas orientales.

Mi intención era que los estudios culturales me dieran las herramientas teóricas y analíticas para cuestionar las formas en que se hacen políticas públicas en salud, sin embargo, también hizo que repensará la investigación desde mi lugar de enunciación. Así es como comprendí que mi pregunta de investigación sólo es posible en tanto que soy un sujeto informado, que mi conocimiento como profesional en química farmacéutica, así como las posibilidades que me ofrecen mi formación en salud, medicina oriental y mi preocupación política, son las que me hicieron llegar a los estudios culturales y reconocirme en aquello con lo que se identifican para tratar de desenredar la madeja desde la transdisciplinariedad y las intersecciones que me constituyen.

¿Por qué me siento tan obligada a escribir?

Me desconecté del tema de la vacuna contra el VPH hasta el año 2014, cuando la vacuna ya hacía parte del Plan Ampliado de Inmunización, en adelante PAI, es decir, cuando ya había salido de los privilegiados consultorios ginecológicos para mujeres mayores con capacidad

de pago; cuando Colombia, en efecto, replicó el modelo mexicano de inmunización contra el VPH, por tanto, la población vacunada serían niñas y adolescentes escolarizadas entre los 9 y 17 años. El programa de vacunación gratuita se llevó a cabo por las entidades territoriales de salud, enviando al cuerpo de enfermería a escuelas y colegios, a vacunar a la población codificada como femenina. Lo que me hizo volver mi atención a este tema, fueron las primeras páginas de prensa del país, que señalaban en sus titulares a “*Las supuestas afectadas por la vacuna contra el VPH*”.

Frente a mi experiencia personal contada líneas arriba, no solo desde las propias entrañas, sino también desde mi propio tránsito como activista en temas de políticas públicas en salud, me generó gran inquietud conocer las lógicas con las que el Estado colombiano finalmente asumió esta vacunación, ya que fue pionero en el mundo al emitir una ley desde el congreso para inmunizar con estas vacunas a las niñas y adolescentes del país. Este acontecimiento no tiene antecedentes en el país, pues desde que se implementó el PAI en Colombia, ninguna vacuna había ingresado a este Plan Ampliado de Inmunización por un acto del poder legislativo. Quise conocer cómo se había llevado a cabo este debate en el Congreso frente a las discusiones bioéticas que la sociedad civil e investigadores independientes estaban llevando a cabo en otros países frente a la efectividad, seguridad y cuestionamientos sobre la finalización de los estudios clínicos de estas vacunas. Incluso frente a los cuestionamientos que por la época se le empezaban a hacer a la Organización Mundial de la Salud, en adelante OMS, dado su conflicto de intereses originado por su financiación. De manera que el contexto anterior me llevó a esta pregunta: ¿Cuáles son las trayectorias globales - locales, y discursos que dieron lugar a la política de salud que estructura la ley 1626 en Colombia, bajo la cual se reglamenta y hace obligatoria la vacunación contra el VPH a niñas escolarizadas en cuarto primaria y séptimo secundaria?

Es por esto que, desde el reporte de eventos adversos relacionados a la inmunización contra el VPH en el 2014 en Colombia, busqué a grupos interdisciplinarios que trataran de darle una mirada más amplia a este problema.

En este proceso, rápidamente comprendí que para responder la pregunta del contexto nacional frente a esta vacunación era necesario revisar el contexto global, es decir, era fundamental examinar el origen de los programas de vacunación global impulsados por la

OMS. En este sentido, también me exigía revisar estudios desde la ciencia y la medicina sobre las reacciones adversas, que no están siendo relacionadas con estas vacunas ni por los laboratorios productores de Cervarix® y Gardasil®, ni por la OMS. Finalmente, la mirada a los relatos de los estamentos globales oficiales y de las ciencias médicas, me exigían voltear a mirar los argumentos de la sociedad civil, que estaba demandando el reconocimiento de algunas irregularidades con relación a las vacunas.

Esta tesis es pertinente dentro de los EECC porque busca poner en evidencia relaciones e interacciones de poder invisibilizadas entre organismos multilaterales y corporaciones, así como, la forma en que dichas relaciones se configuran, a partir de lógicas gubernamentales y de saber-poder, las cuales tienen efectos en la generación de políticas de salud públicas locales, que decantan sobre los cuerpos de mujeres.

Hacer una revisión de los actores a nivel global no solo me permitirá responder la pregunta de cómo este programa de vacunación aterriza al ámbito de la salud en el contexto local, sino que también le brinda a los activistas, médicos y científicos independientes del país un documento que selecciona, agrupa, activa y relaciona un archivo gris hasta ahora atomizado, que tiene el potencial de brindar luces de articulación y líneas argumentales para la sociedad civil en relación a la vacuna contra el VPH.

Contra las urgencias de la gente que se muere en las calles, ¿cuál, en el nombre de Dios, es el objetivo de los estudios culturales? ¿Cuál es el objetivo del estudio de representaciones si no hay respuesta a la pregunta de qué decir a alguien que quiere saber si debe tomarse una droga y si eso significa que morirá dentro de dos días o dentro de unos meses? En ese momento, creo que cualquier persona que esté en los estudios culturales seriamente como práctica intelectual debe sentir, en su pulso, su efemeridad, su insustancialidad, qué poco registra, qué poco hemos podido cambiar o hacer que alguien haga algo. Si no sienten eso como tensión en el trabajo que están haciendo, la teoría los ha desenganchado (Hall, 2010:83)

El modo de hacer y el corpus de investigación

Como investigadora, parto desde una encrucijada entre la práctica de las ciencias concebidas desde el criterio de objetividad, principio que lleva consigo la visión dicotómica del mundo, naciendo la división entre naturaleza y cultura. Como sostiene Evelyn Fox

Keller “Cuando apodamos «duras» a las ciencias objetivas en tanto que opuestas a las ramas del conocimiento más blandas (es decir, más subjetivas), implícitamente estamos invocando una metáfora sexual en la que por supuesto «dura» es masculino y «blanda» es femenino. De forma general, los hechos son «duros», los sentimientos «blandos».” (1985:152)

La llegada a las ciencias sociales me permitió ver en el feminismo una herramienta para revisar críticamente al sujeto investigador y romper las pretensiones de universalidad y neutralidad en las que se ha fundamentado la producción del conocimiento científico; comprendiendo y aceptando que la verdad no es absoluta, sino que es histórica y contextual.

Esto significó para mí la deconstrucción del testigo modesto que por años discipliné, en las técnicas de la asepsia, la distancia pero a la vez a la omnipresencia; animándome a enfrentar nuevas formas de conocer, adoptando como investigadora, la perspectiva del conocimiento situado, al modo que lo expone Donna Haraway (1995). Reconociendo, como lo he venido haciendo en este texto, mi posición de partida y las relaciones que me inscriben, me sitúo desde una perspectiva parcial, en la que puedo tener una visión objetiva hacia la multidimensionalidad que constituye una política de vacunación contra el VPH en Colombia, logrando generar una relación crítica y reflexiva frente a estas políticas públicas en salud y su entramado de relaciones con el contexto global.

Metodología

Dice Sandra Harding que el género, las creencias y los comportamientos de la investigadora deben ser “colocados dentro del marco de la pintura que ella o él desean pintar” (Ibídem: 25) así, se elimina la tradición de la investigación cuya postura es invisible y anónima, y se piensa como un sujeto con historicidad y proyección. Se trata entonces de eliminar la posición objetivista que oculta las creencias y prácticas del objeto de investigación. Maria Mies habla de la necesidad de postular nuevos métodos y un nuevo concepto de investigación que permitan transformar las ciencias en instrumentos contra la opresión y explotación de las mujeres y se dispongan a modificar el *statuo quo*. (Mies, 1998)

La metodología en los estudios culturales parece el momento prístino de la investigación,

sin embargo, ha estado mediada por la paciencia y la espera de una epifanía. En un primer momento he tenido que lograr la claridad conceptual dentro del análisis cultural y feminista a partir de la comprensión de mecanismos disciplinarios, de la búsqueda del contextualismo radical y la emergencia de agenciamientos por parte de los sujetos. Por otra parte, fue necesario un plazo de dos años para reunir el archivo necesario que diera cuenta de una conversación entre un marco global y uno local.

Cabe advertir que decidí tomar como corpus de investigación información de las páginas oficiales de los diferentes actores que quería revisar, dada su relevancia en la implementación de la vacuna en Colombia, lo mismo que algunas entrevistas. La búsqueda documental en las páginas oficiales de los estamentos globales multilaterales, y las nacionales, la llevé a cabo con la intención de realizar un análisis de los discursos que deciden intervenir el cuerpo de las niñas y adolescentes, y dar cuenta cómo ese flujo de información construye un sujeto por el que se debe y se puede decidir, que es donde finalmente cabe la acción positivista de un estado neoliberal y un sistema de salud hegemónico. Una vez tuve el archivo con el que podría responder a la pregunta de investigación, llegó el momento de retomar mi postura investigativa, y de comprender cuál era la mejor vía metodológica, porque volvía a los roces entre las ciencias objetivistas y los abordajes hermenéuticos a los que me confrontaban los estudios culturales.

El meollo consistía en encontrar un punto intermedio entre los métodos de clasificación de información con los que había trabajado previamente desde las herramientas que me habían brindado las ciencias duras, y formas de interpretación donde la investigación está mediada por la cotidianidad de los sujetos, por sus condiciones materiales y afectivas. Exploré diferentes perspectivas, desde el feminismo enfocándome en el “conocimiento situado” como lo expone Donna Haraway, el cual me logró posicionar como investigadora dentro de los estudios sociales. Posteriormente, abordé la visión que tiene Foucault sobre el archivo desde las prácticas discursivas que propone en la arqueología, en donde recupera la formación de la verdad en un momento histórico concreto, y desde las prácticas y discursos que conforman el momento de la genealogía, donde desentraña cómo operan los mecanismos de poder desde el devenir histórico. El aporte del análisis de Foucault fue fundamental para darme cuenta que mi intención era encontrar un camino que me

permitiera analizar un discurso que se construye como verdadero y se configuraba dentro de ciertos mecanismos de poder.

Ahora la pregunta se centraba en la validez de la investigación, es decir, cómo es posible analizar este archivo desde un punto intermedio en el que se cristalicen mis perspectivas feministas, el contextualismo radical como premisa de Stuart Hall y el archivo que tenía que examinar. Sólo la lectura de *Doing Research in Cultural Studies* de Paula Saukko (2003) me sacaría de la encrucijada en la que me encontraba.

La razón por la que Saukko presenta este documento es porque se encuentra en una posición similar a la mía, de ahí mi afinidad hacia esta lectura, además de responder a una pregunta que me planteé en el primer semestre de maestría, a saber, la diferencia entre método y metodología.² Una vez resuelto este interrogante, Saukko arguye sobre la importancia que tiene la validez de la investigación al citar el caso que se dio en Samoa desde dos perspectivas de abordaje como las de Mead y Freeman, una que toma como informantes a las mujeres jóvenes de cierta isla y donde se relacionan desde sus prácticas cotidianas, y otra que toma a hombres adultos desde otra isla y donde se busca un método que encaje con la objetividad científica. Saukko se da cuenta que ambas investigaciones están construyendo una verdad, sin embargo, desde perspectivas y métodos distintos, que llegan a repelerse.

Para saldar esta contradicción, Saukko propone tres aproximaciones metodológicas con las que busca encontrar un punto intermedio entre la visión de las ciencias duras y la aproximación hermenéutica. Así, propone lo siguiente: **i) validez dialógica** (Dialogic validity) que permite analizar cuán acertada es la lectura que se hace de la experiencia de mundo que tienen los sujetos, **ii) validez deconstructiva** (Deconstructive Validity), que evalúa la investigación en términos de qué tan bien logra desenredar los tropos sociales y discursivos que con el tiempo se han hecho pasar por la verdad sobre el mundo; finalmente,

² The difference made by the Greek epithet 'logos' (knowledge) is that, whereas methods refer to practical 'tools' to make sense of empirical reality, methodology refers to the wider package of both tools and a philosophical and political commitment that come with a particular research 'approach'. (Saukko, 2003:19) "La diferencia hecha por el epíteto griego 'logos' (conocimiento) es que, mientras que los métodos se refieren a "herramientas" prácticas para dar sentido a la realidad empírica, la metodología se refiere al paquete más amplio de ambas herramientas y un compromiso filosófico y político que vienen con un enfoque de investigación específico." (Traducción propia)

iii) validez contextual (Contextual validity) que localiza el fenómeno que se está estudiando dentro del contexto social, político e incluso global. En este sentido, el contextualismo está comprometido con una forma de realismo, que está obligado a hacer declaraciones de ‘cómo es el mundo realmente’.

La validez deconstructiva me permitió superar el percance en que estaba, cuando pensaba hacer un análisis desde Foucault, ya que con esta metodología analicé las relaciones actuales que se insertan dentro de los mecanismos de poder que, a su vez, van creando su versión de la verdad. Así mismo, la autora propone tres estrategias para llevar a cabo un análisis desde la validez deconstructiva: **i) exceso posmoderno** (postmodern excess), que permite dar cuenta de cómo un mismo fenómeno puede tener diversas lecturas, **ii) historicidad genealógica** (genealogical historicity), que dando continuidad al trabajo de Foucault (1984), desafía las verdades exponiendo su historicidad; tal que la investigación debe develar la manera en que ciertas verdades dadas por sentado no son universales ni atemporales, sino que son el producto de agendas históricas y políticas específicas y **iii) crítica deconstructiva** (deconstructive critique), que cuestiona los binarios que organizan nuestro pensamiento para exponer las políticas ocultas. Así, la investigación busca desenterrar los binarios constitutivos que marcan nuestro entendimiento de un fenómeno particular.

De modo que entendí que la crítica deconstructiva era la manera de aproximarme al archivo para lograr responder a mi pregunta de investigación, pues la validez deconstructiva coincidía con mis pretensiones investigativas, como señala Saukko:

La crítica posestructuralista, puede ocasionalmente recordar el esfuerzo de descubrir sesgos en la investigación o, por ejemplo, en los cubrimientos de noticias. El posestructuralismo parte de esta línea de cuestionamiento, en tanto que argumenta que no existe una manera imparcial de comprender el mundo. La noción de una buena investigación es aquella que logra exponer los puntos ciegos, la historicidad, los compromisos políticos y las omisiones de las verdades sociales y, a su vez, es consciente de sus compromisos históricos, políticos y sociales y reflexiona permanente sobre ellos.³

³ Poststructuralist critique may, occasionally, bring into mind the traditional research endeavour of uncovering ‘bias’ in research or, for example, in news coverage. However, poststructuralism parts from this line of inquiry in that it argues that there is no ‘unbiased’ way of comprehending the world. Therefore, its notion of good research is twofold. First, good or valid research is understood to expose the historicity, political investments, omissions and blind spots of social ‘truths’. Second, good or valid research is also

Una vez resuelta la metodología, y siguiendo la distinción que había realizado Saukko entre ésta y el método, decidí que mi intención al haber tomado documentos oficiales tenía que ser una lectura crítica de estos, a partir del análisis de discurso, teniendo en cuenta que discurso se concibe como “prácticas lingüísticas que mantienen y promueven ciertas relaciones sociales. El análisis consiste en estudiar cómo estas prácticas actúan en el presente manteniendo y promoviendo estas relaciones; es sacar a la luz el poder del lenguaje como una práctica constituyente y regulativa” (Iñiguez y Antaki, 1994:5)

Entonces, para plantear el método de análisis tome las pautas que propone Ian Parker en *Social Dynamics: Critical analysis for social and individual psychology*. En primer lugar, el discurso para Parker va acompañado de prácticas, de manera que el análisis de discurso consiste en sistematizar diferentes formas de hablar para entenderlas mejor y evidenciar las tensiones que se dan entre estas, así como sus transformaciones y reproducciones. Los criterios para distinguir discursos, propone ponerlos en lenguaje escrito, para asociarse libremente con el texto, lo que permite detallar sistemáticamente los objetos, identificando la intención de quien habla, para quien habla, y así poder determinar qué tipo de discurso es. Una vez se ha hecho esto, se puede detallar lo que los sujetos tienen por decir, y las formas como se van encontrando diferentes discursos.

Dentro de los pasos que sugiere Parker (1994) propone dar cuenta dónde y cuándo aparecieron los discursos, y cómo estos naturalizan los objetos de los que hablan, las instituciones que los reproducen y quienes se benefician, así como los vínculos que tienen con otros tipos de discursos; lo cual, en este caso, me permitió seguir algunas de las trayectorias globales – locales, que se dan en la implementación de la vacuna. Cada una de estas categorías de análisis permiten aclarar la manera cómo se articulan dentro del poder y las posibilidades de desplazamiento que tienen.

understood to be aware of its own historical, political and social investments, continuously reflecting back on its own commitments (Saukko:21 Traducción Propia)

De manera que, una vez hallé la metodología en la crítica deconstructiva y el método en el análisis de discurso, comencé la tarea de hacer un proceso de tamizaje del archivo con el fin de responder a la pregunta de investigación y lograr una conversación entre un marco global y el contexto nacional.

En un primer momento contaba con un archivo de 125 documentos recopilados, de los cuales se seleccionaron 47 por su relevancia para la construcción de la tesis aquí propuesta. 10 de estos dan cuenta de las relaciones entre corporaciones y organismos multilaterales, 18 contienen pronunciamientos de la sociedad civil y 9 archivos —8 documentos y 1 entrevista— contienen precisiones científicas sobre la vacuna, así como argumentos sobre sus reacciones adversas. Por otro lado, se seleccionaron 4 documentos de antecedentes legislativos de nivel regional y nacional. Por último, se seleccionaron y revisaron 6 gacetas del Congreso de la República de Colombia, que dan cuenta de los antecedentes legislativos locales.

Para resaltar el análisis de discurso de los 10 documentos de antecedentes legislativos, entre documentos vinculantes con OMS y gacetas del Congreso, se utilizó un código de color. En los documentos seleccionados se encontraron cinco discursos que se complementan, y que a su vez, van relacionando los documentos dentro de una lógica de poder estructurada por las instituciones. Con esta convención dentro de la tabla de análisis, se fueron resaltando las afirmaciones que correspondieran a cada tipo de discurso: la fuente café indica un discurso desarrollista, la fuente morada identifica un discurso biopolítico de orden salubrista, la fuente roja muestra el discurso que denominé Úteros del Estado, correspondiente a la enunciación por parte del Estado y organismos multilaterales, con el fin de mantener la salud sexual y reproductiva en niñas, adolescentes y mujeres, a través de programas de prevención e intervención . La fuente azul da cuenta de un discurso enclavado en el farmacopoder que se refiere a la modificación biomolecular en el cuerpo de sujetos o poblaciones, a partir de sustancias producidas por la industria farmacéutica que se da desde una institución, desde una corporación, desde algún organismo del Estado o de alianzas entre estos; y finalmente, la fuente verde corresponde a un discurso del

Estado como protector de la niñez, en la que el Estado se enuncia como el garante de los derechos de la niñez a partir de leyes que busquen su desarrollo integral .

La asignación de códigos de color a los discursos me permitió trazar una línea argumental entre los documentos, de manera que pude ver cómo se reproducían los discursos según la necesidad de localizar la intervención de los cuerpos dentro del territorio nacional. Mi discusión a través de este análisis de discurso dará cuenta de esa línea argumental por medio de algunos fragmentos de los documentos. La razón por la que apelé al uso de partes de texto reside en que es necesario ser preciso en la exposición de las relaciones de poder, por lo que se apela a la búsqueda de afirmaciones certeras que den cuenta de los discursos, sin que el texto se vuelva monótono y repetitivo para el lector/la lectora. De otro lado, es importante rescatar el hecho de que son 10 documentos entroncados entre sí, por lo que es urgente relacionarlos unos con otros, no sólo de manera esquemática, sino analítica, y finalmente procuré el desarrollo de una investigación asequible al lector/la lectora, de carácter minucioso, pero también clara en su manera de aproximarse al problema, caracterizada por reconocer los hilos del poder dentro de las políticas en salud en Colombia, y que no desemboque en divagaciones, ni en teorías de la conspiración.

Cabe señalar que estos 125 documentos componen un campo de estudio por explorar, que implican conexiones globales que permiten discutir, a partir de las distintas articulaciones que se gestan a lo largo de un mismo eje temático, cómo es la vacunación por virus del papiloma humano. Esta investigación con el fin de responder a un problema local, se restringió, tomando como archivo central la legislación y sus conexiones con el marco global.

Presentación:

Esta tesis se abre a sus lectores y lectoras con una portada que surge como parte del proceso de aprendizaje en el seminario de Cultura Visual, en el que se me mostró que la interpretación de las imágenes no viene dada por lo que representan, es decir, no están obligadas a hablar, sino que la imagen se encuentra inmersa en un contexto, y es allí cuando

empieza nuestro proceso de construcción y desconstrucción de las mismas. Los estudios visuales comprenden el cuerpo a partir de tres acepciones: “a) el cuerpo como lugar de la experiencia perceptiva del mundo; b) el cuerpo como lugar de producción de sentidos sobre las imágenes de otros cuerpos; y c) el sujeto frente a las imágenes de su propio cuerpo.” (D’Angelo,2010: 239).

La segunda concepción que brinda D’Angelo permite comprender el cuerpo de las mujeres como territorio que es conquistado, en este caso por las corporaciones, alianzas económicas y políticas de Estado. La portada de este texto es la condensación de un recorrido por la construcción de una política que se concreta en el cuerpo de las mujeres, incluyendo el mío. La figura del cuerpo de mujer está atravesada por una cadena de ADN, elemento fundamental para la replicación de los virus en los procesos infecciosos como el caso del VPH, además que la vacuna es obtenida por una técnica denominada de ADN Recombinante; para el caso de la imagen, ésta es una cadena de ADN constituida por alianzas y relaciones invisibilizadas y mi ejercicio de develación es lo que da el nombre a la tesis.

El lector/La lectora se encontrará a lo largo de esta tesis con cuatro capítulos en los que desarrollaré: un marco conceptual, y daré paso a la exposición del contexto global de la vacuna, para luego mostrar el aterrizaje de una política global en el contexto local, a partir de un análisis de los documentos internacionales y nacionales vinculantes que promovieron la ley. Finalmente, analizaré los documentos en los que están registradas las discusiones que llevaron al Congreso de la República a emitir la ley por la cual se garantiza la vacunación contra el VPH en Colombia.

El primer capítulo, llamado *Mutatis mutandis*, parte de una discusión conceptual que muestra el surgimiento de una sociedad disciplinaria. Las modificaciones que se dieron respecto a la visión sobre los cuerpos permitieron la creación de instituciones como la clínica, que conducirían posteriormente al control de la población a partir de disciplinas como la estadística. Lo que quiero vislumbrar aquí es la asociación entre estadística y medicina como clave para entender las actuales políticas en salud. De igual manera, este cambio sobre el discurso y prácticas de los cuerpos se actualiza y muta desde el orden

disciplinar a partir de lo que Paul. B Preciado llama farmacopornografía.

La farmacopornografía surge en el periodo de la posguerra como mutación del capitalismo, marcando una relación entre tecnología y sexualidad que se mantiene hasta ahora. A esta nueva etapa, Preciado la describe como “un nuevo tipo de capitalismo caliente, psicotrópico y punk” (Preciado, 2008: 41), enmarcado en una economía mundial con gran producción por parte de la industria farmacéutica de hormonas, medicamentos, sustancias ilegales; etc., y una producción semiótica del cuerpo desde el porno. Así, toma como referencia los procesos biomoleculares propios de los fármacos, combinados con la subjetividad sexual creada y cooptada por el aparato semiótico técnico del pornismo, correspondiéndole a cada uno respectivamente, la píldora y el playboy.

De esta manera, Preciado expone cómo la feminidad, la masculinidad y el género son invenciones diagnosticadas a partir de la posguerra como parte de un importante proyecto de domesticación social, cuyas raíces se hunden en la sociedad científica y colonial del siglo XIX, dando como resultado una sociedad contemporánea habituada a definir sus subjetividades a partir de los productos propios de la industria farmacéutica, la cual es la más beneficiada dentro del posfordismo.

El segundo capítulo debe considerarse como un marco contextual y de un primer análisis, que desarrollo desde mi postura de sujeto informado, por lo que muestro el contexto global en el que expongo las relaciones entre la OMS con donantes corporativos, prácticas que se presentan a la luz del panorama de biopolítica neoliberal que se da en las organizaciones multilaterales, lo que desencadena un proceso de gubernamentalidad como lógica operante naturalizada. Posteriormente, presento una descripción del virus del papiloma humano, sus consecuencias y la forma como se pretenden disminuir dichas consecuencias por medio de la vacunación a la población femenina. Para terminar, enlisto algunos de los efectos adversos asociados a las vacunas contra el VPH cristalizados en el cuerpo de las mujeres, y que no son relacionados por la OMS y los laboratorios a través del discurso científico tradicional. Se termina el capítulo presentando los grupos y asociaciones internacionales que han denunciado, por un lado, la falta de independencia de la OMS para establecer un

verdadero riesgo/beneficio de la vacunación contra el VPH y que, por otro lado, han visibilizado y reclamado por las graves consecuencias de dichas vacunas; en este capítulo se delinearán las determinaciones desde el contexto global que permitirán hacer una lectura del contexto local.

En el tercer capítulo me centro en dar cuenta de la forma en que la política en vacunación dirigida por la OMS se va decantando en las políticas en salud de Latinoamérica y Colombia. De igual manera, presento los archivos de la legislación colombiana que serán claves para el posterior análisis. En este capítulo mi intención es que quien se acerque a él, vislumbre las relaciones de saber-poder que se dan a partir de un archivo institucional. Una vez se aclaran las estructuras de dicha relación, se dará paso a la revisión de los documentos internacionales vinculantes, a partir de un análisis de discurso relacionado transversalmente con el marco teórico.

Finalmente, en el cuarto capítulo continuo con el análisis de archivo (Anexo N°3. “Tabla de análisis de discurso de antecedentes y legislación), pero en este momento me centro en los documentos que dan cuenta del desarrollo del proyecto de ley por medio del cual se aprobó la vacunación a niñas escolarizadas entre cuarto primaria y séptimo bachillerato. En este momento presento la vacunación desde los argumentos del proyecto de ley, en donde pretendo entender la visión sobre la sexualidad, y el cuerpo de niñas y adolescentes desde el Estado colombiano. A través de la lectura de la discusión en el congreso quiero comprender cómo fue posible que la vacunación se viera como una política viable, y finalmente, muestro intersecciones que tal vez sólo como sujeto informado pude sacar a la luz.

Como ya se mencionó, el archivo recopilado constaba de 125 documentos, de los que se tomaron 47, a los que se les realizó un seguimiento a partir de categorías que dan cuenta de su intención, su lugar de enunciación y los documentos con que conversan. Dicho análisis está recopilado en tres anexos que serán presentados en un archivo digital para hacer menos disperso el texto escrito.

1. MUTATIS MUTANDIS: La vida en el campo de lo político⁴

Michel Foucault (1978) relata en *Incorporación del hospital en la tecnología moderna* la transformación del régimen hospitalario entre los siglos XVII y XVIII, con lo que muestra el nacimiento del biopoder dentro de la institución médica: “Con anterioridad al siglo XVIII el hospital era esencialmente una institución de asistencia a los pobres, pero al mismo tiempo era una institución de separación y exclusión. El pobre, como tal, necesitaba asistencia y como enfermo, era portador de enfermedades y posible propagador de estas. En resumen, era peligroso. De ahí la necesidad de la existencia del hospital, tanto para recogerlo como para proteger a los demás contra el peligro que él entrañaba.” (Foucault, 1978:23).

La penetración de la disciplina en el hospital no ocurre de manera homogénea, es decir, los primeros hospitales que regularon quiénes debían entrar en sus establecimientos fueron los que pertenecían al ejército y la disciplina nace con el fin de desarrollar “la vigilancia permanente, clasificadora, que permite distribuir a los individuos, juzgarlos, medirlos, localizarlos y, por lo tanto, utilizarlos al máximo. A través del examen, la individualidad se convierte en un elemento para el ejercicio del poder.” (Ibíd.:28).

Así, en el ocaso del siglo XVII, el médico abandona el espacio del hogar del enfermo para entrar a influir en la organización misma del complejo hospitalario, además, tiene como función la observación del enfermo de manera sistemática: la descripción de sus padeceres, la composición de un registro de la enfermedad como de la terapéutica y la demostración de los avances de la misma. La misión del hospital cambió en menos de dos siglos, pues en un primer momento su fin era cobijar a aquellos que significaban una amenaza para la vida, no obstante, la concepción del hombre-máquina moderna y su alianza con el método científico significó el reordenamiento de la relación entre el cuerpo y el espacio que ocupaba, de

⁴ Expresión latina que significa “Cambiando lo que se deba cambiar”. Se recurre a esta expresión para dar cuenta del cambio epistémico que se da en relación a la distribución y control de los cuerpos a partir de aparatos de verificación anclados ahora a lógicas neoliberales propias del poder farmacopornográfico.

manera que, éste entra a pensarse dentro de una dimensión política que atraviesa toda su vida a partir de la capacidad de trabajo.

El biopoder nace como una forma de control sobre el cuerpo y la población que surge a finales del siglo XVIII con el auge de la industrialización; es justo allí cuando la vida de los sujetos se convierte en un útil que tiene que ser regulado y disciplinado. Este poder, que ya no es represivo, toma la forma de una tecnología política que gestiona e interviene técnicamente la vida en términos de población, salud y producción nacional. Estas modificaciones en cuanto a la vida y su relación con la institución médica son el caldo de cultivo para un análisis centrado en la relación entre población y estadística.

1.1 Biopolítica: Las regulaciones de la población

El control de los cuerpos a partir de estudios y cálculos explícitos, de la consideración de cuerpo como una especie que se cuida a partir del saber que mide la mortalidad, la longevidad y la higiene, constituye lo que Foucault denomina biopolítica. En *La voluntad de saber*, en el apartado “El derecho de muerte y poder sobre la vida” Foucault presenta el concepto de biopolítica como un polo del nuevo poder sobre la vida de la población.

Las disciplinas del cuerpo y las regulaciones de la población constituyen los dos polos alrededor de los cuales se desarrolló la organización del poder sobre la vida. El establecimiento, durante la edad clásica, de esa gran tecnología de doble faz —anatómica y biológica, individualizante y especificante, vuelta hacia las realizaciones del cuerpo y atenta a los procesos de la vida— caracteriza un poder cuya más alta función no es ya matar sino invadir la vida enteramente (Foucault, 2007b: 168-169)

El biopoder se ha organizado en torno a la vida, bajo dos formas principales que no son opuestas, sino constitutivas de un mismo poder; el primer polo son las disciplinas, pensadas como una anatomo-política del cuerpo humano, que tienen como objeto el cuerpo individual, considerado como una máquina⁵. El segundo polo se desarrolla a partir de

⁵ La concepción del cuerpo desde una perspectiva anatomo-política surge como una reacción del saber-poder frente a los cuestionamientos y dudas que se dieron en torno a la concepción del cuerpo cuando era dominado por el poder del soberano. En el caso del castigo el soberano tenía la capacidad de destruir el cuerpo del condenado para demostrar el peso de poder. En contraposición, la anatomo-política desplaza el poder a las

mediados del siglo XVIII, es una biopolítica de la población que se centra en el cuerpo-especie, cuyo objeto será el cuerpo viviente y que es soporte de los procesos biológicos como lo son nacimiento, mortalidad, salud y duración de la vida.

Foucault, posteriormente desarrollará el concepto de biopolítica en los seminarios en el Collège de France en los cursos *Defender la sociedad, Seguridad, territorio, población* y *El nacimiento de la biopolítica*⁶. En relación a esta tesis, resulta central abordar la clase del 25 de Enero de *Seguridad, territorio y población* 1977-1978 (Foucault, 2006:73-108), en vista de la relación que el filósofo francés presenta entre la biopolítica y la viruela como una enfermedad endemoepidémica. Por un lado, permite visualizar el *modus operandi* de la estadística y el concepto de población —usados en la actualidad en campos como la química farmacéutica, desde donde nace la inquietud de esta investigación—, articulados como instrumentos de la biopolítica. A su vez, el razonamiento de Foucault es el punto de partida para entender que la vida es el lugar de anclaje de la biopolítica, como una modalidad de poder.

Evidencia de esto es la teoría y práctica de la inmunización activa, la cual tiene en su esencia el concepto antígeno, esto es, se protege la vida exponiéndola a su opuesto, a su anti (del griego αντι), es decir, se expone el cuerpo a una molécula tóxica para generar (del griego γεν) un anticuerpo, que será usado por el sistema inmunológico para identificar y neutralizar entidades patógenas como bacterias y virus. La estrategia inmunitaria es entonces, la mediación misma de la muerte que, a través de procesos modulados, preserva la vida.

El caso de la variolización⁷ desde 1720 hasta la vacunación en 1800 contra la viruela, son las primeras prácticas preventivas exitosas reportadas por la medicina de la época. Además,

instituciones jurídicas que se encargan de encerrar los cuerpos para que sean disciplinados. Foucault, Michel. (2002) *Vigilar y castigar*. Siglo XXI Editores. Argentina

⁶ Castro, Edgardo. (2011) *Diccionario Foucault*. Siglo XXI Editores. México: 56-58

⁷ Los galenos de la época, realizaban una incisión en la piel de un individuo sano y le inoculaban el polvo de las costras de viruela, posteriormente cerraban la incisión y dejaba al individuo aislado de los demás hasta lograr su recuperación. Fue una técnica para la prevención de la viruela que luego se reemplazó por la vacuna ideada por Edward Jenner.

el caso cuenta con otras características importantes, dado que el fenómeno de inmunización no se logró entender desde el paradigma médico hasta el siglo XIX, cuando el químico y microbiólogo Louis Pasteur presentó la base de las enfermedades infecciosas y desarrolló de manera importante la microbiología, abriendo paso al campo de la vacunas y los antibióticos. Por tanto, antes de Pasteur estos fenómenos de variolización y vacunación contra la viruela eran pensados por la medicina en términos de cálculo de las probabilidades, siendo ésta una forma incipiente de la estadística poblacional; es decir, lo que se pretendía saber era la densidad de la población sana, enferma y muerta a partir de estas intervenciones, población que era tabulada a partir de cuadros de control poblacional; sin embargo, sólo hasta Pasteur se entienden estas técnicas como procesos de inmunización, por tanto, estos son las primeras prácticas médicas que empezaron a apalancarse en bases estadísticas, generando una sinergia para el desarrollo y entronque de ambas disciplina.

Otra característica que cabe resaltar de lo expuesto por Foucault es que en el siglo XVIII, aparece la población como un concepto estadístico fundamental, ya no como una noción jurídico política de sujetos, materia sobre la que va a ejercer la acción el soberano, sino que aparece como una especie de objeto técnico influenciado por variables y que es accesible a técnicas de transformación medibles. Es clasificable como de alto riesgo o no, y sobre ella se miden los casos de éxito de las técnicas aplicadas, según los coeficientes de morbilidad y mortalidad, basados en distribuciones de probabilidad normal. Aquí el término de distribución normal hace referencia a distribución gaussiana.⁸

El objetivo de aplicar las técnicas de seguridad a una población desviada de la curva de Gauss, es acercarla a la media de la población sana, para el caso, sin viruela. Es decir que la distribución normal favorable es la norma; por tanto, podemos deducir que la biopolítica gobierna la vida, a través de normas que operan con técnicas de control, traducidas como

⁸ La campana de Gauss es una representación gráfica de la distribución normal de un grupo de datos. Éstos se reparten en valores bajos, medios y altos, creando un gráfico de forma acampanada y simétrica con respecto a un determinado parámetro. El punto máximo de la curva corresponde a la media, y tiene dos puntos de inflexión a ambos lados. Este gráfico se usa en variables asociadas a fenómenos naturales: caracteres morfológicos de individuos como la estatura o el peso, caracteres fisiológicos como el efecto de un fármaco, caracteres sociológicos como el consumo de un determinado producto por un mismo grupo de individuos. ¿Qué es la campana de Gauss? Disponible en: <http://www.saberia.com/que-es-la-campana-de-gauss/> Consultado el 18 de Febrero de 2017

estándares vitales; “(...) ya no se trata de una normación sino más bien en un sentido estricto, de una normalización” (Foucault, 2006:84). Así, la tarea de la biopolítica es introducir mecanismos de regulación “que sean capaces de establecer dentro de esta población global con su carácter azaroso un equilibrio, de mantener una medida media, de establecer una forma de homeostasis y de garantizar una compensación. Se trata de establecer mecanismos de seguridad alrededor de este momento azaroso que es inherente a una población de seres vivientes para optimizar la vida”. (Muhle cita a Foucault, 2009: 158).

El ejemplo que expone el autor no solo se entrecruza con el interés de abordar uno de los tenores de la vacunación del momento presente, sino que da cuenta del momento en que la vida de la población entra al campo de lo político para ser gestionada y administrada por el Estado, a través de lo que el autor denominó como “dispositivos de seguridad”.

El caso de la variolización y vacuna contra la viruela, no solo me lleva a definiciones canónicas que de los conceptos de biopolítica y población brindó Foucault, sino que también da cuenta de la articulación hasta hoy indisoluble, de la medicina y la estadística, y su espíritu constitutivo, a saber, la clasificación, la vigilancia, los cálculos y la gestión del riesgo. Sobre este último, esboza las primeras aproximaciones a la medicina preventiva y salud pública, campos de la medicina que hoy día intervienen bajo el concepto de población, no sólo a los sujetos enfermos, sino a los sujetos sanos, es decir, al total de la población. Por último, este ejemplo me permitirá pensar a nivel molecular procesos de transformaciones miméticas con el cuerpo y sus constituyentes una vez son operadas este tipo de técnicas, propias de la biopolítica.

1.2 Emergencia de la sexualidad dentro de la biopolítica

El nacimiento de la biopolítica despliega en el régimen disciplina un conjunto de arquitecturas médico- jurídicas —la cárcel, la escuela, el hospital etc. — cuya mirada clínica, disciplinaria y taxonómica sirvieron tanto para formar como para medir el sujeto “normal”.

Se construye entonces sobre los cuerpos un saber, un conocimiento, una taxonomía, que tiene que ver con un aparataje de discursos psicopatológicos y jurídicos que van a proliferar en los siglos XVIII y XIX, tal y como se describen en *La invención de la histeria: Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière* (2007), en la que Georges Didi-Huberman traza el desarrollo histórico de la búsqueda de la histeria en la iconografía fotográfica de la Salpêtrière,

El cuerpo de las mujeres sería patologizado en contraposición al cuerpo de los hombres, a partir del discurso especializado de la medicina en el que el cuerpo sigue siendo una máquina propia del régimen disciplinario. Esto se puede ver a través de la experimentación realizada por Charcot sobre el cuerpo de las mujeres para construir la histeria a partir de mujeres sometidas y entregadas a las prácticas de procesos médicos de la época, con el fin de comprobar la existencia de una patología inmaterial, esto fue el resultado de un sistema disciplinar que constituye lo que Foucault denomina anatomopolítica, es decir, el ejercicio del poder a partir del control sistemático que ofrece la disciplina. (Foucault, 2007b). Foucault, centrado en el saber como medio de control, se encarga de analizar cómo a partir de la institución médica se ocultan y manipulan los placeres y qué fines tienen.

A partir del siglo XIX, la experimentación realizada por Charcot se convierte en la lectura válida del mundo, el advenimiento de la psicología y el psicoanálisis como conocimiento cierto producen una lectura desde la anomalía que se trata como una patología (Canguilhem, 1983), de manera que toda enfermedad que implique la desviación de la norma de comportamiento será auscultada desde una “etiología sexual” (Foucault, 2007a: 65). Aquel que fuese anormal entraría a ser examinado por instituciones tanto legales como médicas con el fin de ser introducido en una institución que garantizaría su corrección a partir de la tecnología disciplinar de la prisión o la clínica.

La conducción de la sexualidad al molino de la institución, posee dos caminos por los cuales se puede acceder, a saber, la restricción de sus prácticas o su exploración a partir de la observación. Por un lado, tenemos una sociedad caracterizada por encubrir un discurso cotidiano de las prácticas sexuales; ya no se puede hablar o ver, ni siquiera experimentar el cuerpo pues resulta obsceno, de modo que “la sexualidad es cuidadosamente encerrada. Se muda. La familia conyugal la confisca. Y la absorbe por entero en la seriedad de la función

reproductora. En torno al sexo silencio. Dicta la ley la pareja legítima y procreadora” (Foucault, 2007b: 9). En contraposición, el ojo auscultador de la ciencia se proyecta sobre el cuerpo de los sujetos para imponer la normalidad y disciplina según cada uno de sus discursos, pasando por la medicina con su necesidad de conocer claramente el funcionamiento de los órganos y sistemas corporales, la psiquiatría que quería determinar las desviaciones que producía la locura, y la política que estaba destinada a dictaminar el deber ser de cada sujeto en tanto sus deberes y derechos ciudadanos, todo con el fin de estructurar a la población a partir de la coerción de sus cuerpos, desvirtuando conocimientos anteriores en pro de mantener una sociedad económicamente productiva con un pensamiento conservador dominante que contuviese su inclinación a los placeres.

La sexualidad se convierte en el contenedor del trabajo, es decir, el placer convertido en la fuerza motora de los sujetos y el poder cristalizado en las instituciones disciplinarias emprenden una contienda de carácter proporcional. De modo que de alguna manera ésta va a ser buscada y atrapada a partir de los distintos saberes de la ciencia positiva, que nuevamente se basa en un estatus de normalidad creado por sí mismo, y pretende consolidar una fuerza de trabajo estable. Se empieza a percibir entonces, la importancia de la construcción de un saber en torno a la sexualidad, y la influencia que posee frente a las prácticas sobre sí.

Los saberes de la ciencia, sin la necesidad de tener un discurso uniforme, sin asumir un conocimiento universal del sujeto, pretenden estructurar las prácticas de auscultación del mismo para la construcción de un dominio sobre éste a partir de la histerización del cuerpo de la mujer, la pedagogía del niño y su anulación sexual, la conducta procreadora como práctica política y el análisis de los anormales sumado a su corrección y la psiquiatrización (Ibíd.). Los procesos de invención y de producción del sujeto sexual no fueron independientes del conjunto de procesos que construyeron el cuerpo como normal y patológico, capacitado o discapacitado.

La constitución de una “tecnología del sexo” (Ibíd.: 143) se da gracias al dominio de los placeres a través de la patologización y el contraste con una familia normativa que se encarga de corroborar la desviación, así es como aparece la mujer indiferente, la hija

histórica o el homosexual. La concepción de la mujer no se desliga del hombre-máquina, pues su esencialidad reside en la maternidad, que se ve atravesada por la vivencia de su organismo, la fecundación, la gestación y el cuidado del niño. Se construyen discursos y prácticas para mantener una suerte de úteros del Estado, sanos, productivos y reproductivos, que se perpetúa en las lógicas poblacionales actuales. De manera que, la tecnología del sexo pretende la clasificación del cuerpo con el fin de que la burguesía que ostenta los dispositivos de dominio de los cuerpos de los trabajadores, tenga un cuerpo nacional más saludable y próspero, para dar continuidad al sistema de poder que ha sido desarrollado, no obstante, la intromisión de esta tecnología del sexo en los cuerpos de los trabajadores, sería introducida no con el fin de mejorar su sangre, sino de perpetuar su vida para que alimentara el proceso de producción, ya sea desde el trabajo fabril, o a través de su introducción en los dispositivos disciplinarios como la familia, la clínica, la escuela o la cárcel (Ibíd.).

La construcción de la sexualidad en el siglo XIX, como la muestra Foucault, comprende al sujeto a partir del criterio de normalidad y anormalidad que le atribuyen a hombres y mujeres ciertos roles sociales, que se presumen naturales, con el fin de insertar al sujeto dentro de una lógica económica y que es respaldada por el orden político. Esta comprensión de sujeto será clave para la crítica feminista en torno a la naturalización de la sexualidad:

El sistema sexo-género, en suma, es tanto una construcción sociocultural como un aparato semiótico, un sistema de representación que asigna significado (identidad, valor, prestigio, ubicación en la jerarquía social, etc.) a los individuos en la sociedad. Si las representaciones de género son posiciones sociales que conllevan diferentes significados, entonces, para alguien ser representado y representarse como varón o mujer implica asumir la totalidad de los efectos de esos significados. Así, la proposición que afirma que la representación de género es su construcción, siendo cada término a la vez el producto y el proceso del otro, puede ser reformulada más exactamente: la construcción del género es tanto el producto como el proceso de su representación (De Lauretis, 1989:11).

En el análisis que Foucault hace de la clínica, el aparato disciplinario que produce el sujeto sexual de la modernidad, opera a través un sistema de verificación semiótico técnico de producción de verdad en donde lo enunciado puede tomar valor de verdadero o falso, a partir de la articulación de los discursos y representaciones. Por tanto lo que hace Foucault

es desplazar la noción tradicional de la verdad trascendental y teológica, esto debe interpretarse bajo el caleidoscopio genealógico del filósofo en el que lo abstracto pertenece a una visión del poder soberano, mientras que el paso a las concreciones es propio de una construcción del régimen disciplinar en el que las articulaciones de discursos y de representaciones tienen la especificidad de ser científicos.

El modelo disciplinario de la sexualidad, como lo explicó Foucault, funcionaba materializado en el hospital y en las instituciones de regulación de la actividad del cuerpo y tenía dos características fundamentales, a saber, la represión de la masturbación, como producto de una representación capitalista industrial del cuerpo entendido como una fábrica y la necesidad de que cada acto sexual se convierta en un acto reproductivo. Para mantener las dos anteriores, fue necesario apelar a la construcción de la heterosexualidad y de la homosexualidad.

El sexo entra a formar parte de los cálculos del poder, de modo que el discurso sobre la masculinidad y la feminidad y las técnicas de normalización de las identidades sexuales se transforman en agentes de control y modelización de la vida: en 1868 se inventan las identidades sexuales y su clasificación taxonómica y psicopatológica; Krafft-Ebing elabora una enciclopedia de las sexualidades normales y perversas; estas identidades sexuales se vuelven por primera vez objeto de vigilancia y represión jurídica; las leyes de criminalización de la sodomía se extienden en Europa a finales del siglo XIX; se codifica visualmente la «diferencia sexual» como verdad anatómica, se conciben como entidades anatómicas las trompas de Falopio, las glándulas de Bartolino y el clítoris; una de las diferencias políticas constitutivas de Occidente (ser hombre o mujer) se resuelve en una banal ecuación tener o no tener un pene mientras por un lado se prohíbe y se controla la masturbación, por otro se medicaliza el orgasmo femenino entendido como crisis histórica (Preciado, 2008: 58)

Antes del siglo XIX, en pleno auge del poder soberano, no había identidades sexuales, había prácticas sexuales que no generaban identidad. Lo que sucede a partir del siglo XIX, en el sistema biopolítico que identifica Foucault, es que se genera el concepto o como diría Preciado, aparece la ficción y la condición política del cuerpo heterosexual, que antes no existía y que sirvió para atar el sexo en beneficio de la reproducción de un cuerpo nacional sano, constituyendo así, lo que en adelante denominare como discurso de úteros del Estado, que debe entenderse como la enunciación que se da por parte del Estado y organismos multilaterales con el fin de mantener a través de programas de prevención e intervención, la salud sexual y reproductiva en el cuerpo de niñas, adolescentes y mujeres.

Con la aparición de la diferencia sexual, el objetivo de la biopolítica del siglo XIX es la producción, reproducción y el control del cuerpo del Estado, de modo que todas las prácticas consideradas como no reproductivas serían estudiadas, perseguidas, castigadas y curadas, puesto que fueron consideradas como patológicas, por tanto un cuerpo que no encajara en el engranaje de la máquina de producción—reproducción, sería considerado como improductivo y con discapacidad como sujeto político. Así, los cuerpos homosexual, masturbador, emigrante, colonizado, anormal, fueron definidos como cuerpos desviados que no debían y no podían tener acceso a la reproducción del cuerpo nacional.

Mutatis mutandis revisó el proceso de transformación que cambia la concepción y experiencia de los cuerpos en el mundo, abandonando su papel como criaturas de un orden teológico, deviniendo en “un animal en cuya política está puesta en entredicho su vida de ser viviente” (Foucault 2007b: 173). Así, Foucault concluye en la descripción del poder que indistintamente denomina como biopoder o biopolítica, concluye que a partir de los siglos XVIII y XIX, el cuerpo y la sexualidad se convierten en el eje de lo político, el autor describió el paso de una sociedad soberana a una sociedad disciplinaria, mostrando el desplazamiento del poder soberano de sancionar y quitar la vida, al ejercicio del poder disciplinario y de regulación de la población, el cual se ancló en el cuerpo como punto concéntrico y de entrecruzamiento para el control de la especie y de los individuos. La razón fundamental por la cual al biopoder le interesó el cuerpo y la sexualidad es porque estos son el punto de origen donde lo público se construye.

En este primer apartado se presentaron los principales antecedentes de los que parte Preciado para mostrar una configuración sexual de occidente. El poder disciplinar dio pie a una tecnificación del sujeto, la escuela, la cárcel, la clínica y la fábrica a partir de su distribución espacial, configura los cuerpos en el espacio para comprenderlos a través de la normalidad y la anormalidad. Esta configuración de mundo ha ido mutando y las relaciones entre los cuerpos autogestionados y el poder se desdibujan a partir de la aceptación de los dispositivos de modificación de la sexualidad, por ende, es desde allí que Preciado proyecta

sobre su comprensión de sujeto una nueva interpretación, a la que denominaré farcomopornografía, la cual se ancla sobre dimensiones performativas, de tránsito, y subversión de los cuerpos con la que el biopoder comercializa.

1.3 Emergencia del farmacopoder y su relación con los cuerpos Money

Preciado comprende al cuerpo como una capacidad, un impulso, una fuerza que permite el actuar, de modo que, el cuerpo empieza a ser concebido más que como una máquina tecnológica a convertirse en una potencia con la que se trafica. La *potentia gaudendi* es la potencia de excitación total de un cuerpo, por tanto no tiene género, y no hace diferencias entre heterosexual ni homosexual; es la suma de la potencialidad de excitación que guarda en sí misma cada molécula y que se extiende en el espacio y en el tiempo, es la fuerza que transforma el mundo en placer “la fuerza orgásmica reúne al mismo tiempo todas las fuerzas somáticas y psíquicas, pone en juego todos los recursos bioquímicos y todas las estructuras del alma. En el capitalismo farmacopornográfico, la fuerza de trabajo ha revelado su verdadero sustrato: fuerza orgásmica, *potentia gaudendi*” (Preciado, 2008: 38).

Preciado sostiene que la fuerza orgásmica es al mismo tiempo la más abstracta y la más material de todas las fuerzas de trabajo y sigue a Negri diciendo que todo trabajo se modela cualitativamente con respecto a una posible industrialización, por tanto cualquier otra forma de producción aspira, a “una producción molecular intensificada del deseo corporal (...)”. (Ibíd.:37).

En *Testo yonqui*, Preciado logra hacer de forma vertiginosa, que no se entienda superficial, una cronología de las transformaciones de la producción industrial del último siglo, entre las que resultan relevantes las hormonas, la píldora, la metadona, el combustible nuclear, el lifting facial, y Playboy. Enfocado en la gestión política y técnica del cuerpo, del sexo y de la sexualidad como el negocio del milenio; este es un análisis sexopolítico de la economía mundial como sostiene el autor. Define como sexopolítica, las formas dominantes de la biopolítica que emergen con el capitalismo disciplinario como la producción de géneros y

la castración terapéutica con fines eugenésicos, e identifica dos momentos en el proceso de industrialización de la sexualidad que se localizan en el régimen disciplinario y en la posguerra.

El primer momento es la invención de la diferencia sexual como verdad anatómica en 1868, que sucedió al mismo tiempo de los procesos de expansión colonial. Expone que este primer momento, define al cuerpo como máquina productiva y reproductiva al mismo tiempo, herramienta sin la cual el proceso de expansión capitalista y de colonización no hubiese sido posible: “La reproducción es producción y los procesos de producción implican siempre una gestión reproductiva, así el resultado de este primer momento de industrialización sexual, es que cada cuerpo es considerado como un potencial productor de esperma o un útero reproductor”⁹

Este primer momento que enuncia Preciado y que se describió en el apartado “Emergencia de la sexualidad dentro de la biopolítica” de *Mutatis mutandis*, surge en el siglo XIX, pero empieza a entrar en crisis después de la segunda guerra mundial cuando el biopoder muta en la medida que aparecen nuevas tecnologías que atraviesan el cuerpo, lo que nos lleva, según Preciado en su conferencia *la ¿muerte de la clínica?*, al segundo momento del proceso de la industrialización de la sexualidad. También sostiene que el modelo de Foucault para pensar el cuerpo, la sexualidad, fue muy útil pero incompleto, en la medida que no tuvo en cuenta estas nuevas tecnologías que aparecen en los años 40:

Foucault parece pasar por alto un conjunto de transformaciones profundas de las tecnologías de producción de subjetividad que se suceden a partir de la Segunda Guerra Mundial y que nos obligan a conceptualizar un tercer régimen de subjetivación, un tercer sistema de saber-poder, ni soberano ni disciplinario, ni pre moderno ni moderno, un régimen que tome en consideración el impacto de las nuevas tecnologías del cuerpo en la construcción de la subjetividad. Deleuze y Guattari en el Postscriptum de Mille Plateaux, inspirándose en Williams S. Burroughs, llaman «sociedad de control» a este «nuevo monstruo» de la organización de lo social que deriva de este control biopolítico. Yo prefiero denominarla, leyendo a Burroughs con Bukowski, sociedad farmacopornográfica (Preciado, 2008:66).

⁹ Preciado, Beatriz (2013) *¿La muerte de la clínica?* Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs> . Consultado el 18 de Febrero de 2017

Preciado sostiene que en la condición neoliberal ya no se puede hablar de la clínica del siglo XIX como lo pensó Foucault, básicamente porque el aparato de verificación, los discursos de representaciones que permiten decir que un enunciado es verdadero o falso y que recaen sobre el sujeto sexual han cambiado radicalmente. Así para entender la transformación de la subjetividad sexual, propone un aparato neoliberal de verificación de la sexualidad contemporánea, que ha llamado el aparato farmacopornográfico, el cual no funciona sin la producción de fármacos en masa, sin la difusión de imágenes pornográficas ni la comercialización de sustancias psicotrópicas. Este aparato de verificación ya no es científico como sucedía con la biopolítica, sino que es mediático y mercantil, por lo que sus características fundamentales son la vigilancia médico-jurídica y la espectacularización mediática, y al que concibe como:

Régimen post industrial, global, mediático que llamaré a partir de ahora, tomando como referencia los procesos de gobierno biomolecular (farmaco-) y semiótico - técnico (-porno) de la subjetividad sexual, de los que la píldora y Playboy son paradigmáticos. (...) Si bien sus líneas de fuerzas hunden sus raíces en la sociedad científica y colonial del siglo XIX, sus vectores económicos no se harán visibles hasta el final de la Segunda Guerra Mundial, ocultos en principio bajo la apariencia de la economía fordista y quedando expuestos únicamente tras el progresivo desmoronamiento de esta en los años setenta. (Preciado, 2008: 32)

En la post-guerra, la industrialización de la sexualidad se caracteriza por dos acontecimientos relevantes. Primero aparece como una noción de control biopolítico, el concepto médico-técnico de género en los años 40 en el laboratorio del Dr. Money de la universidad Johns Hopkins (Baltimore, Maryland), idea que viene desde el régimen disciplinar descrito por Foucault, con la que logra gestionar el aparente “problema” de intersexualidad de los bebés cuyos cuerpos no pueden ser asignados inmediatamente como masculinos o femenino: “En 1947 el pseudopsiquiatra norteamericano John Money inventa el término «género», diferenciándolo del tradicional «sexo» para nombrar la pertenencia de un individuo a un grupo culturalmente reconocido como «masculino» o «femenino» y afirma que es posible «modificar el género de cualquier bebé hasta los dieciocho meses» (Ibíd:28). Es decir, el poder—saber médico, a pesar de reconocer la multiplicidad de

morfologías sexuales, empieza a utilizar un conjunto de tecnologías endocrinológicas y quirúrgicas para reconducir el cuerpo hacia el binarismo hombre-mujer.

(...) Money con su colega Anke Ehrhardt desarrolló la versión interactiva del paradigma de la identidad genérica, en el que la mezcla funcionalista de causas biológicas y sociales crearon el espacio para una miríada de programas terapéuticos y de investigación sobre las «diferencias de sexo/género», incluyendo a la cirugía, a las pautas de comportamiento, a los servicios sociales, etc. *Man and Woman, Boy and Girl* [Hombre y mujer, niño y niña] de Money y Ehrhardt (1972) se convirtió en libro de texto ampliamente utilizado en las universidades. (Haraway, 1995:226)

Somos producto de esta forma de mirar el cuerpo, por tanto, de una u otra forma todos somos cuerpos Money. En este sentido me pregunto intuitivamente, ¿se perpetúan estas prácticas clínicas, cuando se produce una vacuna exclusiva para los cuerpos codificados físicamente como femeninos de los que además se espera que sean heterosexuales?

Lo que sucede en el laboratorio de Money no está desligado a los procesos de sexualidad heteronormada que se dan en el siglo XIX, ya que la ciencia es un continuo productor de lo que describe. Entonces, el recorrido hecho muestra cómo la retórica científico técnica de la diferencia sexual y la invención de las identidades sexuales se anclan en los cuerpos como la materialidad binaria sexo-género.

El otro acontecimiento que caracterizó la industrialización de la sexualidad en plena posguerra sucede un año después de la invención de la noción de género, en 1947, cuando Gregory Pincus produce la píldora anticonceptiva combinando estrógeno y progesterona por tanto, la unión temporal de la continuidad entre sexo y reproducción que se había construido a través de la ficción heterosexual se rompe de manera molecular y técnica. La primera píldora eliminó por completo el sangrado menstrual, generando una situación de emergencia en el ámbito médico, porque esto hubiese sido el final de la diferencia sexual en aquellos años, razón por la cual la institución médica pidió a Pinkus que rediseñara la píldora, hasta que consiguió un anticonceptivo que produjera sangrados mensuales como una ficción del período menstrual, esto es, una ficción sexo-política:

Estas técnicas de intervención hormonal, desde la segunda píldora de Pincus hasta la actual micropíldora, funcionan de acuerdo con un principio de acción paradójico: primero interrumpen el ciclo hormonal natural; después provocan técnicamente un

ciclo artificial que permite restituir una ilusión de naturaleza. La primera de estas acciones es anticonceptiva; la segunda deriva de una intención de producción farmacopornográfica del género: hacer que el cuerpo de las tecno-mujeres del siglo XX siga pareciendo efecto de leyes naturales inmutables, transhistóricas y transculturales (Preciado: 2008:131).

“Lo más interesante es que la píldora se convierte en 1960 como la molécula más vendida de toda la historia de la humanidad” (Ibíd. :25) incluso en la actualidad, a pesar de sus contraindicaciones y efectos adversos como asociaciones con cáncer, alteraciones en el sistema circulatorio y cardiovascular, los cuales han sido contrarrestados con nuevas ficciones de feminización como eliminación del acné, aumento del busto y eliminación del vello corporal, pasando de ser una técnica de control de la natalidad a ser un programa cosmético enfocado en la producción de la tecno-Barbie: Mujer hipersexualizada infértil, consumidora de hormonas por más de 50 años, ya que, después de la píldora anticonceptiva vendrá la terapia hormonal post menopáusica (Preciado: 2008).

De acuerdo a lo anterior, es pertinente establecer cómo el feminismo de la posguerra articula el concepto de género para aclarar en qué medida se resignifica, pues será central en la presente discusión. A la par, se entenderá porqué el farmacopoder establece una relación directamente proporcional con los cuerpos codificados como femeninos, los cuales están en potencia de ser modificados a través de políticas estatales que se presupone propenden por el mejoramiento de las condiciones de vida.

Las teorías y prácticas feministas de los años 60 y 70 replicaron la noción de género como diferencia sexual, autoras como Teresa de Lauretis sostienen que este fue el tema central de su protesta. El surgimiento del género como teoría es una respuesta crítica a las premisas universalistas de la ciencia que se revisan en *mutatis mutandis* y a sus consecuencias políticas, sociales y culturales que este paradigma ha tenido al asentarse en el sentido común de la sociedad, al definir la mujer en relación con el hombre, “la teoría de género surge como un "gran relato", quizás el último de la modernidad, una explicación omnicomprendiva y totalizante, justificada en el deseo del feminismo de los años ‘70 de establecer una contrateoría respecto del marxismo, mediante la creación de una nueva categoría, la de género, con tanto peso teórico como la clase” (Bonder, 1998:3).

Gracias a subjetividades diversas y el reconocimiento de la elasticidad de los cuerpos, continúa la creciente suma de letras en la sigla LGBTI; y la categorización de género es cada vez más compleja, razón por la cual es posible hacer un recorrido histórico que relacione las teorías feministas con distintas corrientes que han repensado la categoría, es decir, el feminismo ha intentado superar las limitaciones y los efectos que la noción de género como diferencia sexual ha presentado: “Estas genealogías son importantes para demostrar que las propias categorías analíticas elaboradas y/o utilizadas profusamente por el feminismo (género, patriarcado, división sexual del trabajo, ámbito privado vs. ámbito público, etc.) no han escapado a la crítica, a las transformaciones de sentido, e incluso a su rechazo por la misma comunidad intelectual que se constituyó a su alrededor” (Ídem).

A partir de la concepción de de Lauretis es preciso mostrar el giro que presenta Preciado respecto al concepto de género. Cabe señalar que “género” nace a partir de la invención que realiza Money en su laboratorio y que fue detallada líneas atrás. No obstante, el feminismo de la posguerra aceptó esta distinción en la que se establecen ciertas formas de vida como naturales y donde se proclamaba una relación proporcional entre el órgano sexual y el lugar político del sujeto, replicando el sistema binario sexo-género esencialista/constructivista, de manera que para el feminismo de posguerra el género se convierte en el caballo de batalla de las mujeres que estaban en un contexto político determinado, proporcionando las bases de lo que hoy se conoce como “políticas con enfoque de género”, a esto se le suma una comprensión de las mujeres desde un momento histórico determinado por la retórica de la feminidad y el conocimiento del cuerpo; como consecuencia se justifican las políticas estatales con enfoque de género esencialista y constructivista que conforman un deber ser del sujeto comprendido como femenino dentro del discurso sexo-género.

El concepto, al iniciar el recorrido de la transformación, conduce a varias teorías de género que están conectadas con diferentes tipos de movimientos y teorías feministas. En consecuencia, las nuevas teóricas que aparecen en los años 90 en los feminismos de frontera, atienden diferentes variables que son importantes en la definición de la subjetividad, esto es, raza, clase, género y sexo; etc., movimiento en el que las decisiones

para definir los estilos de vida son fundamentales para construir identidades:

El primer límite de diferencia(s) sexual(es), entonces, es que constriñe al pensamiento crítico feminista dentro del marco conceptual de una oposición sexual universal (la mujer como la diferencia respecto del varón, ambos universalizados (...)) que hace muy difícil, si no imposible, articular las diferencias de las mujeres respecto de la Mujer¹⁰, es decir, las diferencias entre las mujeres o, quizás más exactamente, las diferencias dentro de las mujeres” (de Lauretis, 1989:7). Para la autora, el segundo límite es la producción del sujeto construido en el género, un sujeto en-gendrado en la experiencia de las relaciones raciales y de clase.

Gloria Bonder evidencia en *Género y Subjetividad* (1998), como en los discursos feministas es inevitable hablar de las nociones de sujeto y subjetividad. En estas reflexiones, la autora concluye que el sujeto es construido a través de las instituciones, las prácticas y discursos, sin embargo, esto no implica simpatizar o aceptar las maneras cómo este fue construido y reconoce los problemas al que se puede enfrentar el “abuso de construccionismo” de las teorías feministas contemporáneas, e invita a hacerse, entre otras, las siguientes preguntas: “¿Es posible que un sujeto originariamente construido en y a través de determinadas estructuras sociales simbólicas se transforme radicalmente y sea capaz de enunciar otras verdades, otros placeres y otras relaciones de poder? Si esto fuera posible, ¿cómo se producen esas transformaciones? ¿Cuáles son sus condiciones de posibilidad y cuáles sus límites?” (Bonder: 1998:8)

Para comenzar a especificar esta otra clase de sujeto del feminismo, que no sea tan definido, y articular sus relaciones con un campo social heterogéneo, Teresa de Lauretis dice “necesitamos una noción de género que no esté tan ligada con la diferencia sexual como para ser virtualmente coextensiva con ella y, como tal, por una parte, se presuponga

¹⁰ “Mujer con mayúscula, la representación de una esencia inherente a toda las mujeres que puede verse como la Naturaleza, la Madre, el Misterio, la Encarnación del Demonio, el Objeto del Deseo y del Conocimiento [masculinos], la Condición Femenina Propiamente Dicha, la Femeidad” De Lauretis, Teresa (1989) La tecnología de género. *Technologies of Gender*. En: *Essays on Theory, Film and Fiction*. London. Macmillan Press, p. 16

al género como derivado no problemáticamente de la diferencia sexual mientras, por otro lado, pueda ser subsumido en las diferencias sexuales” (de Lauretis, 1989:8).

Es así como el activismo feminista que defiende la diferencia sexual, produce normalización e instrumentos de control político en la medida que reduce el sujeto del feminismo a un “las mujeres”; en contraposición, de Lauretis sugiere que el sujeto del feminismo debe ser productor e intérprete de la fuerza de desplazamiento que haga posible la transformación de la subjetividad. De Lauretis, citada por Preciado, sostiene que “el género es (...) una construcción sociocultural, una representación, o mejor aún, el efecto del cruce de las representaciones discursivas y visuales que emanan de los diferentes dispositivos institucionales: la familia, la religión, el sistema educativo, los medios de comunicación, la medicina o la legislación; pero también de fuentes menos evidentes, como el lenguaje, el arte, la literatura, el cine y la teoría».” (Preciado, 2008: 83)

Por lo anterior, Preciado propone entonces hablar de tecnogénero, dando cuenta de las técnicas biotecnológicas, visuales, farmacológicas, quirúrgicas, cibernéticas, que “constituyen performativamente la materialidad de los sexos” (ídem) y define como programación de género a las tecnologías de modelización de la subjetividad que producen un cuerpo que corresponde a un sexo, a un género, a una sexualidad y a una reproducción del cuerpo social del Estado.

A partir de la concepción de Lauretis de género, se establece una forma de acceder de manera analítica al sistema esencialista/ constructorista, en la que se recalca la existencia de una *tecnología del género*, que son constitutivas del farmacopoder y producen las ficciones somáticas. Estas tecnologías son, por ejemplo, las hormonas, el oncorratón, la píldora. En palabras de Preciado, la tecnología de género “Es la subjetividad en su conjunto la que se produce en los circuitos tecno-orgánicos codificados en términos de género, de sexo, de raza, de sexualidad a través de los que circula el capital farmacopornográfico.” (Preciado, 2008: 84). Para de Lauretis, la tecnología es el cine, idea que retoma Preciado

para pensar el farmacopornismo¹¹. Usaré el recurso propuesto por de Lauretis, a saber, tecnologías de género para analizar el caso de la vacuna contra el VPH, una tecnología diseñada y administrada por el Estado a la población codificada como femenina en el contexto colombiano.

Este primer capítulo tiene la particularidad de describir los procesos de modificación que han recorrido los cuerpos desde el siglo XVII, pasando por la biopolítica a partir de la construcción de instituciones de control disciplinario que mutan para controlar la vida desde la cuna a la tumba a partir del control de los procesos naturales de morbi-mortalidad. El farmacopoder, como última actualización del aparataje biopolítico, desencadena un control sobre los cuerpos desde la sexualidad. La concreción de este marco teórico será puesta de manifiesto en el siguiente apartado en la que expondré cómo la filantropía corporativa de la fundación Bill & Melinda Gates repercute en la agenda de la OMS para implementar un programa de vacunación global con una tecnología de género, a saber para el interés de esta tesis, las vacunas contra el VPH.

¹¹ “Si la era dominada por la economía del automóvil se denominó «fordismo», llamaremos «farmacopornismo» a esta nueva economía dominada por la industria de la píldora, por la lógica masturbatoria y por la cadena de excitación-frustración en la que esta se apoya. La industria farmacopornográfica es el oro blanco y viscoso, el polvo cristalino del capitalismo postfordista.” Preciado, Beatriz (2008) *Testo yonqui*. P.37 España. Espasa Calpe.

2. CENTRO DE VACUNACIÓN Y CONDICIONAMIENTO MUNDIAL BILL AND MELINDA GATES FOUNDATION¹² : Relación entre filantropía corporativa y organismos multilaterales de salud

La relación entre lo público y lo privado ha sido un viejo problema de las ciencias sociales, se asume que los intereses privados coinciden de tal manera con el bienestar colectivo, pretendiendo que lo que conviene a los dueños del capital, también a la sociedad en su conjunto. De otro lado, se piensa que los desequilibrios entre la concentración de la riqueza y la expansión del empobrecimiento se resuelven por la vía filantrópica de la distribución de excedentes entre los más pobres. Ambos enfoques, con frecuencia complementarios, subordinan "lo público" a la conveniencia previa de los grupos económicos y proponen que el desarrollo social puede lograrse manteniendo los modelos de acumulación de la riqueza que predominan hoy en el mundo.

Esta concepción de desarrollo se ha expandido a la salud pública y a los organismos internacionales que proponen las alianzas público-privadas como la solución a los grandes problemas de salud. El enfoque de esta tesis es contrario a estos presupuestos y asume, desde la analítica foucaultiana, la íntima relación entre saber - poder y ordenes económicos particulares. Por lo anterior, resulta pertinente mostrar la manera como la fundación Bill and Melinda Gates incide en la agenda mundial en relación al cubrimiento en salud, promoviendo la expansión de ciertas políticas que desembocaran en la implementación de la vacuna del VPH en el mundo, apelando a los recursos privados para financiar y prestar servicios en este sector.

En los estados financieros de la Organización Mundial de la Salud, en los años 2014¹³ y 2015¹⁴, **se evidencia que el 80% de su presupuesto anual depende de estos recursos extrapresupuestarios** y solamente el 20% corresponde a las cuotas de los países miembros. (Ver Anexo N° 1. Principales Contribuciones Voluntarias a OMS 2014 y 2015).

¹²Figuración de desplazamiento basada en el "Centro de Incubación y Condicionamiento: Comunidad, Identidad, Estabilidad" de: Huxley, Aldous. (2011) *Un mundo feliz*. Barcelona. DeBolsillo

¹³Annex to the Financial Report for the year ended 31 December 2014. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_INF1-en.pdf (Consultado 4/03/2016)

¹⁴Voluntary contributions by fund and by contributor, 2015. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_INF3-en.pdf (Consultado 4/03/2016)

En el 2014, la Fundación Gates fue el segundo mayor contribuyente de la OMS, superado sólo por los Estados Unidos. La cuarta mayor contribución a la OMS durante los dos años analizados, provino de la Alianza GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation), organismo público-privado fundado en el 2000 por la fundación Bill & Melinda Gates, en adelante B&GF¹⁵. En los últimos cuatro años, B&GF ha sido el segundo mayor financiador de GAVI con contribuciones de más de \$ 1.3 mil millones de dólares¹⁶. Esta relación financiera es manifestada públicamente por GAVI en su sitio oficial¹⁷.

El engranaje entre OMS- GAVI queda expuesto en el discurso de apertura¹⁸ de Margaret Chan —Directora General de OMS— en la 67 Asamblea Mundial de la Salud (AMS)¹⁹:

El establecimiento de la Alianza GAVI en el año 2000 facilitó el arranque del decenio más innovador del PAI registrado hasta la fecha. Mañana, la ALIANZA GAVI se reúne con los ministros de desarrollo de la Unión Europea para lanzar un nuevo impulso destinado a ampliar aún más el acceso a las vacunas. Me uno a nuestros asociados de la GAVI ofreciéndoles mi pleno apoyo a ese lanzamiento (...)

En esta Asamblea Mundial de la Salud se estimó una participación de alrededor de 3000 personas entre delegados de los 194 países miembros de la OMS. Dentro de la agenda en salud también estaba el seguimiento al diálogo sobre el financiamiento de la OMS y relaciones con actores no estatales. A pesar de que uno de los ejes centrales de la discusión se enfocó en la financiación de la organización, su autonomía y suficiencia técnica, la

¹⁵ Gavi's Mission. Disponible en: <http://www.gavi.org/about/mission/> (Consultada 9/05/2017). B&GF no es la abreviatura de la organización Bill y Melinda Gates Foundation, pero para efectos prácticos de la escritura he decidido adoptar esta convención.

¹⁶ KEI Comments to DHHS on WHA68 agenda 11.2, Framework of Engagement with Non-State Actors: Disponible en: <http://www.keionline.org/node/2223> (Consultado 4/03/2016)

¹⁷ Funding & Finance. Disponible en: <http://www.gavi.org/funding/> (Consultada 9/05/2017)

¹⁸ La salud tiene obligatoriamente que ocupar un lugar en toda agenda para el desarrollo después de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/dg/speeches/2014/wha-19052014/es/#> . (Consultado 04/04/2016)

¹⁹ Sixty-seventh World Health Assembly. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/events/2014/wha67/en/> (Consultado 4/03/2016)

ponente central fue Melinda Gates, representante de B&GF, **quien brindó un discurso en relación a los cuidados sexuales y reproductivos de la mujer**²⁰.

Frente a esto, las organizaciones de sociedad civil: KEI, Peoples' Health Movement (PHM), Third World Network, International Baby Food Action Network (IBFAN), Wemos (The Netherlands), y Health Innovation in Practice (Geneva), generaron un comunicado en dicha asamblea cuestionando la pertinencia de Melinda Gates como oradora. El comunicado en su traducción al español,²¹ comienza así:

Nosotros, los abajo firmantes expresamos nuestra fuerte protesta contra la decisión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de invitar a Melinda Gates (de la Fundación Bill y Melinda Gates) como la oradora principal en la 67ª Asamblea Mundial de la Salud, que se inició en Ginebra el 19 de mayo. Esta es la tercera vez en los últimos 10 años que alguien de la fundación Bill y Melinda Gates y de la familia ha sido un orador invitado en la AMS (Melinda Gates fue precedida por su esposo, Bill Gates, en 2005 y 2011). Las credenciales de la Sra. Melinda Gates como líder en salud pública no están claras. Es inaceptable que la OMS, supuestamente gobernada por estados nacionales soberanos, deba consentir que en su conferencia global anual, el discurso de apertura sea entregado tres veces en diez años por personas de la misma organización privada, y de la misma familia.

²⁰ Alocución a la 67 Asamblea Mundial de la Salud. Los oradores invitados se centran en la violencia de género y la salud del recién nacido. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/WHA20140520/es/> (Consultado 4/03/2016)

²¹ Civil Society registers its protest (*released in Geneva at the World Health Assembly on 20 May 2014*). Disponible en: <http://www.twn.my/title2/health.info/2014/hi140503.htm>. (Consultado 04/04/2016) “We the undersigned organizations express our strong protest against the decision of the World Health Organization (WHO) to invite Melinda Gates (of the Bill and Melinda Gates Foundation – BMGF) as the keynote speaker at the 67th World Health Assembly, that begun in Geneva on 19th May. This is the third time in the last 10 years that someone from the BMGF and of the family has been an invited speaker at the WHA (Melinda Gates was preceded by her husband Bill Gates, in 2005 and 2011). Ms. Melinda Gates’ credentials as a leader in public health are unclear. It is unacceptable that the WHO, supposedly governed by sovereign nation states, should countenance that at its annual global conference, the keynote address would be delivered thrice in ten years by individuals from the same private organization, and from the same family” (Traducción propia)

Para complejizar este tema, al siguiente año, en el 2015, en la versión 68 de la AMS²², se aplazó la aprobación de un marco legal que debería regular la colaboración de la OMS con industrias, sociedades filantrópicas y organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro. Frente a esto, nuevamente la sociedad civil reaccionó y KEI (Knowledge Ecology International), tuvo 5 intervenciones en dicha asamblea en las que expuso los conflictos de intereses de la OMS y **censuró su falta de independencia, cuestionando su relación con donantes privados, como B&GF**²³

Así las cosas, **la principal agenda de vacunación de la OMS está determinada por la Alianza GAVI, que como ya se mostró, su principal donante es B&GF, en la que manifiesta apoyar “(...) proyectos piloto para introducir la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), que brinda protección contra el cáncer cervical, el causante principal de la mortalidad debida al cáncer entre mujeres en los países en desarrollo”**²⁴ Información que se sustenta adelante en la ilustración 1.

Para terminar de develar de las incómodas relaciones financieras de la OMS, me remito nuevamente al documento enviado por la sociedad civil a la 67 AMS, mencionado líneas arriba, como la protesta por la participación de Melinda Gates como oradora principal del evento. De este documento retomo la denuncia sobre la participación de acciones y del relacionamiento de miembros de B&GF, **dentro de las juntas directivas de grandes multinacionales farmacéuticas**, es de interés de esta tesis, la participación de la familia Gates en Merck Sharp & DohMe Corp²⁵, titular del registro sanitario de la vacuna

²² Sixty-eighth world health assembly A68/1. Geneva, Switzerland 18–26 May 2015 Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_1-en.pdf (Consultado 04/04/2016)

²³ KEI Comments to DHHS on WHA68 agenda 11.2, Framework of Engagement with Non-State Actors. Disponible en: <http://www.keionline.org/node/2223> (Consultado 4/03/2016)

²⁴ Suministro de Vacunas Gates Foundation. <https://www.gatesfoundation.org/es/What-We-Do/Global-Development/Vaccine-Delivery> (Consultado 18/08/2017)

²⁵ Civil Society registers its protest (*released in Geneva at the World Health Assembly on 20 May 2014*). Disponible en :<http://www.twn.my/title2/health.info/2014/hi140503.htm>.(Consultado 04/04/2016) “Previously it invested heavily in pharmaceutical companies. In 2009 it sold extensive pharmaceutical holdings in Johnson & Johnson (2.5 million shares), Schering-Plough Corporation (14.9 million shares), Eli Lilly and Company (about 1 million shares), Merck & Co. (8.1 million shares), and Wyeth (3.7 million shares) (i) (ii). Several people associated with the Foundation are currently or were previously members of the boards or executive branches of several major food and pharmaceutical companies, including Coca-Cola, Merck, Novartis, Pfizer, General Mills and Kraft(iii)” (Traducción Propia)

tetravalente contra el VPH Gardasil®, suministrada en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social, en adelante, MSPS, farmacéutica que también hace parte de los donantes de la OMS (Ver Anexo N° 1)

2.1 Filantropía Empresarial desde la lógica gubernamental:

La incómoda alianza que se presenta entre la OMS y una organización como Bill and Melinda Gates Foundation no resulta perturbadora a luz de la concepción actual de las relaciones entre la economía y la población. La razón por la cual la alianza entre los intereses de una empresa privada parecen coincidir con el mejoramiento de las condiciones de salud, y de hecho remplazar de cierta manera el papel del Estado en cuanto a la financiación de programas para el cuidado de la población se encuentra en la base de la concepción del neoliberalismo; corriente económica que ha moldeado las condiciones de vida, la forma en que habitamos y nos relacionamos desde la segunda mitad del siglo XX y que hoy se muestra como un contexto dado. Es el neoliberalismo el mundo al que estamos arrojados y en el que tenemos que comprendernos, siendo así, ¿Cómo es posible que una teoría económica de cuenta de la organización de la vida de los sujetos? Esta pregunta resulta central para comprender la naturalización de este tipo de alianzas en las que los cuerpos de los sujetos se convierten en parte de una maquinaria filantrópica.

Para comprender cómo el neoliberalismo se convierte en parte de la cotidianidad de los sujetos es necesario indagar a partir de dos momentos: en primer lugar, es preciso dar cuenta del surgimiento a partir de hechos históricos monumentales que se entienden como puntos de no retorno alrededor de la configuración de las relaciones económicas y políticas en que los países decidieron administrar sus recursos a partir de esta teoría. De otro lado, es prudente ir más allá del dato historiográfico y adentrarse en la forma en que el neoliberalismo se convierte en un conjunto de prácticas que se incrustan en la lógica actual, es decir, de nuevo es ir a los puntos equidistantes y grises de la historia como la piensa Foucault, y comprender cómo después de la posguerra y los procesos de industrialización se ve la necesidad de replantear las prácticas de los sujetos de acuerdo con el discurso neoliberal. En el análisis de Preciado, este momento de transformaciones marca el inicio

del conjunto de nuevos dispositivos micro prostéticos de control de la subjetividad, en el que la nueva economía del mundo funciona de manera interconectada con la producción en masa de esteroides sintéticos e imágenes pornográficas, signos de aparición del régimen pos-industrial farmacopornográfico.

La preocupación por la libertad individual es el principio bajo el cual se cimienta el neoliberalismo, que se emprende como una lucha no sólo con corrientes como el marxismo o el socialismo sino que ve con ojos de sospecha a las políticas estatales y a la intervención del *welfare*. De hecho, Hayek se dedica a hacer una revisión de la concepción de libertad a lo largo de distintos momentos políticos del hombre, aunque siempre pondera la libertad del individuo como legítima frente a la confrontación con la libertad política o colectiva, de manera que la libertad “se refiere únicamente a la relación de hombres con hombres, y la simple infracción de la misma no es más que coacción por parte de los hombres. Esto significa, en particular, que la ponderación de las posibilidades físicas en virtud de las cuales una persona puede elegir en un momento dado no tiene directa relevancia para la libertad.”²⁶

La Mont Pelerin Society encontró su nicho en la sociedad norteamericana al ser financiados por líderes empresariales que querían una economía más abierta y estaban cansados del intervencionismo estatal. Sin embargo, este pensamiento no sería adoptado con fuerza sino hasta finales de la década de los 70 con la elección de Margaret Thatcher como primera ministra de Gran Bretaña y Ronald Reagan como presidente de Estados Unidos. El discurso de Thatcher da cuenta del interés por desligar al Estado de sus funciones proteccionistas al afirmar: “Las políticas que hemos promovido están ganando interés en país tras país. (...) Creemos en una democracia de posesión de propiedad. Y funciona. La gran reforma política del último siglo fue permitirle a más y más gente tener un voto. Ahora la gran reforma conservadora de este siglo (XX) es permitirle a más y más gente ser dueños de su

²⁶ Hayek, Friederich. (s.f) *Los fundamentos de la libertad*. Edición Digital Ioto. Recuperado de [http://assets.esppdf.com/b/Friedrich%20A.%20Hayek/Los%20fundamentos%20de%20la%20libertad%20\(10894\)/Los%20fundamentos%20de%20la%20libertad%20-%20Friedrich%20A.%20Hayek.pdf](http://assets.esppdf.com/b/Friedrich%20A.%20Hayek/Los%20fundamentos%20de%20la%20libertad%20(10894)/Los%20fundamentos%20de%20la%20libertad%20-%20Friedrich%20A.%20Hayek.pdf)

propiedad”²⁷ este discurso va haciéndose frecuente dentro de las instituciones estatales que cada vez más invitan a la búsqueda de la asociación privada para el beneficio propio. La entrada de las políticas neoliberales implicó una lucha con los poderes sindicales existentes, así como zanjar los compromisos propios del Estado de Bienestar, y la privatización de las empresas públicas, esto sucedió de manera paralela en Estados Unidos y Gran Bretaña, siendo ésta la diáspora de la implementación del neoliberalismo.

Ahora bien, el principio de libertad del que se sostiene el neoliberalismo se caracteriza por promover la libre competencia entre individuos y las empresas como forma de negociar directamente, además basa la seguridad de sus recursos en la privatización de las empresas y las materias primas, de esta manera negocia con el capital social. Según David Harvey, el neoliberalismo considera que “Los sectores económicos anteriormente dirigidos o regulados por el Estado deben ser traspasados a la esfera privada y desregulados (liberados de toda interfaz estatal)” (2013: 74) No obstante, el Estado una vez liquidado de ocupaciones como la seguridad social y la administración de los recursos se encargara de garantizar “sistemas de mercado (tales como comerciar con los derechos de contaminación).” (Ibídem). De manera que la constitución del Estado, en el neoliberalismo, dista mucho de lo que antaño era, ya no es el garante de las instituciones sino que se convierte en la herramienta con las que se busca mejorar la competitividad a partir de pactos institucionales que lo posicionan en el mercado global.

La historia monumental se queda corta al relatar la forma en que el neoliberalismo se convirtió en parte del sentido común, donde la libertad se vuelve sinónimo de competencia por los intereses privados y se descuida el sentido de comunidad y de los bienes comunes. Cabe señalar que, más que una política impuesta, el neoliberalismo se presenta en la actualidad como un contexto dado, una verdad evidente que se fue moldeando a partir de ciertas prácticas en relación con la conducción de los sujetos, de ahí que es pertinente comprender cómo es que se genera un nexo entre el neoliberalismo y la biopolítica. La razón por la que es relevante ahondar en la relación anterior, radica en la necesidad de

²⁷ Thatcher, Margaret. (s.f) *Thatcher menem desregulaciones privatizaciones y neoliberalismo*. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=HeFC6GbMHtY> (Consultado 27/05/2017)

mostrar cómo se configura la alianza entre una fundación privada y una organización como la OMS. En el apartado anterior di cuenta de la relación financiera entre la fundación Bill and Melinda Gates – OMS, y el conflicto de intereses que supone para los lineamientos mundiales en salud, dicha relación. A continuación, expondré las bases neoliberales sobre las que se cimienta esta alianza, para lo cual es fundamental dimensionar la misión de la OMS como el organismo especializado en salud de la Organización de Naciones Unidas, ONU, y por tanto la relevancia que esto tiene sobre la salud de la población mundial.

La revisión del neoliberalismo desde el análisis de Foucault tiene que ser, sin lugar a dudas, avistada a través del catalejo de la genealogía. En sus últimos cursos, conglomerados en textos como *Defender la sociedad, Seguridad, territorio y población* y *Nacimiento de la biopolítica* (2001), se dedica a detallar la racionalidad del liberalismo y su relación con las tecnologías de gobierno. En vista de que la intención en este momento del texto es comprender la relación entre neoliberalismo y biopolítica como una práctica que surge en un momento histórico específico, antes que recorrer cada una de sus lecciones en el College de France es meritorio acotar el proceso a través del recorrido que hace el filósofo Santiago Castro-Gómez del concepto de gubernamentalidad, allí traza una relación con los textos del autor francés e intenta comprender cuáles eran los alcances de su investigación en sus clases.

Para comprender las implicaciones de la gubernamentalidad, Foucault entiende que es preciso contrastarlo con el momento histórico inmediatamente anterior, de manera que Castro-Gómez hace un relato paralelo entre el surgimiento del Estado y antes de éste. En la investigación adelantada en *Vigilar y castigar* se muestra la concepción del poder soberano, en la que el suplicio se convertía en la expresión del poder del noble frente al cuerpo, es un dominio que se da sobre las fuerzas del sujeto de manera directa, sin embargo, en el siglo XVI se dan las transformaciones en el sistema penal que implementan la disciplina para corregir los cuerpos y hacerlos entrar en la lógica de la utilidad, es así como se da el primer eslabón de la biopolítica.

A partir del recuento de la biopolítica es necesario recalcar el giro en el pensamiento de Foucault en estos últimos cursos pues su énfasis no se centrará en exponer exclusivamente las características de la biopolítica, sino que desarrollará el concepto de gubernamentalidad en relación a la conformación de las relaciones Estado-población y que develan la racionalidad del neoliberalismo, es decir, llegar a comprender sus lógicas. Según Castro-Gómez “Ya no se contraponen soberanía a biopolítica, sino soberanía a gobierno. La tesis de Foucault es que hasta comienzos de siglo XVIII las tecnologías de gobierno (que habían emergido en el siglo XVI de la mano de una serie de tratados impulsados por el erasmismo y la Reforma protestante) se encontraban “bloqueados”, “atascados” por el predominio del paradigma de la soberanía. (2015:60) Este paso entre gubernamentalidad y biopolítica se da para comprender el surgimiento de la población y cómo se gobierna. Esta disertación sobre la gubernamentalidad iba a ser la introducción de su curso, pero se convirtió en el trabajo a desarrollar a lo largo de todo el año.

En su afán por comprender la forma en que los sujetos pasan a ser entendidos como una población, Foucault propone el surgimiento de una nueva tecnología en la que dichas estrategias obtendrán una forma de constituirse como sujetos. Entonces, aparte de las tecnologías de producción, las tecnologías de sistemas de signos, las tecnologías de poder y las tecnologías del yo, aparecerán las tecnologías de gobierno que no sólo buscan dominar a los otros, sino dirigirlos de un modo eficaz, es decir, que ese sujeto desee ese tipo de conducción y fin, pues se revela como el mayor bien al que puede aspirar y es consecuente con la conducta de otros, atendiendo a la visión desarrollista propia del neoliberalismo, en la que los cambios se hacen en procura del avance y el progreso de la población.

De modo que las tecnologías de gobierno se caracterizan por jugar con el deseo, con aquello que anhelamos a partir de la experiencia compartida con otros, entonces, pasamos de convertirnos en súbditos frente al soberano a ser una población gobernada en tanto que la idea es que surjan una serie de prácticas con las que los hombres no hagan otra cosa que generar que riquezas para el Estado, ya sea produciendo o consumiendo. Sin embargo, aquí es clave tener en cuenta que para gobernar es necesario implementar la biopolítica para hacer que todos y cada uno de los individuos entren dentro de la lógica de la

gubernamentalidad, de manera que hay que tener en cuenta: “Cambio de la temperatura y el aire que se respira, cambio de los condicionamientos geográficos y raciales que impiden el “comportamiento económico” de los individuos. Modificación, en últimas, de las determinaciones naturales que afectan la vida de una población: éste es el objetivo de una tecnología política que se dirige hacia la producción de un *medio ambiente*” (Castro-Gómez, 2015: 77).

La posibilidad de dirigir la conducta de los sujetos no se da a partir de leyes o decretos sino que es influenciada por lo que Foucault denomina el poder pastoral, que era esa necesidad que veía la iglesia de cuidar las almas tal cual como sucede con un pastor y sus ovejas. Las relaciones entre los cuidadores y las almas daban pie a la emergencia de prácticas que tenían como fin auscultar e individualizar a los sujetos. Así, por un lado, encontramos un gobierno soberano que se ejerce sobre una colectividad, caracterizado por el dominio de los cuerpos, mientras que por otro, se da el control sobre las acciones íntimas del sujeto, es decir, se empieza un control no sólo sobre la forma de relacionarse con los otros sino que se impone una conducción sobre sus cuidados. Es esta singularidad en la que surge el Estado moderno, de manera que el siglo XVI se ve influenciado por dos prácticas gubernamentales que irá apropiando, ya que “Lejos, pues, de “secularizarse”, el Estado se gubernamentaliza en el sentido en que empieza a incorporar una serie de tecnologías de conducción de la conducta propias del pastorado: higiene, la educación, el cuidado de la familia, el uso del tiempo libre, la disciplina corporal, el control de la sexualidad, la conducción de sí mismos” (Ibíd.: 113)

Ahora bien, la creación de Estados dará como resultado dos forma de conducir a los sujetos. Por un lado encontramos la búsqueda de un Estado social de derecho, que Foucault llama el camino Rousseanino, y que pretende la propugnación de la libertad como el valor máximo a conseguir a partir de un contrato social que pone a los hombres como iguales. Por otro, se encuentra la racionalidad de los economistas en el que el límite para el soberano ya no la pone la ley sino el mercado, a partir del impulso hacia una relación del individuo con el territorio, es decir, son las propiedades y la riqueza los que permiten que un sujeto sienta que hace parte de una nación y como tal quiera ser respetado. De modo que

aquí es donde surgen dos racionalidades complementarias y que serán subsumidas por el liberalismo, y posteriormente, reorientadas por el neoliberalismo, a saber, el Homo juridicus y el Homo economicus, a partir de allí es que el Estado se dedicará a gobernar en la medida que pone las reglas y condiciones para que se dé una suerte de campo de juego en el que los individuos se conduzcan según sus deseos. De otro lado, resalta Foucault, es precisamente dentro del surgimiento del liberalismo como una tecnología de gobierno sobre la conducta económica y moral, que emerge la sociedad civil en que busca derechos y libertades, es decir, una legitimidad de los intereses de los sujetos.

Según Castro-Gómez “El neoliberalismo es, ante todo, una racionalidad de gobierno, lo cual no significa que se trata de un “capitalismo desorganizado” ni de una modernidad líquida. El neoliberalismo no es el caos y la irracionalidad que *quedan* después de la desaparición del Estado, sino que conlleva toda una organización de racionalidad política que abarca, no sólo el gobierno de la vida económica sino también, como veremos, el gobierno de la vida social e individual.” (2015: 180)

Así es como surge la asociación entre biopolítica y neoliberalismo, en donde los sujetos se convierten en capital humano. Foucault explica que, contrario a la visión de Marx, el trabajador no es externo a la racionalidad, sino que en la lógica neoliberal se convierte en la semilla de las relaciones de producción y consumo, constituyéndose como un capitalista según la visión neoliberal. Todo cuanto existe es posible colocarlo en términos de transacción; el mercado ha permeado cualquier tipo de relación socio afectiva que se puede emprender, así es como nos convertimos en empresarios de nosotros mismos, al negociar nuestros capitales genéticos, afectivos, y materiales, pues como se ejemplifica el texto de Castro-Gómez: “la relación madre-hijo pertenece a un mercado, es decir, no es algo “privado” ni extraeconómico. El afecto y el cuidado de la madre no es otra cosa que una “inversión medible en el tiempo” (ibid.:280). La madre está transmitiendo un capital humano a sus hijos, y cuando estos sean adultos, ese capital humano heredado será precisamente el “capital semilla” que ellos podrán invertir para generar una renta”. (Íbid: 208)

Si es posible traducir todo en términos de mercado, es necesario repasar la misión de la OMS, sobre todo para conocer cuáles son sus alcances y en qué medida está representando los intereses de la racionalidad neoliberal. La OMS²⁸ inició su andadura al entrar en vigor su constitución el 7 de abril de 1948, fecha en la que celebramos cada año el Día Mundial de la Salud: “Somos la autoridad directiva y coordinadora en asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas.” Esta se funda sobre la base de crear ciudadanos saludables, ya que su objetivo es la salud comprendida como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”

Sus intereses sobre los sujetos circulan en torno a la racionalidad biopolítica, en donde las campañas de salud propenden por la configuración de una población apta. Ahora bien, este interés nace cuando aún los estados implementaban políticas consecuentes con el *welfare*, por tanto, la financiación de la OMS por parte de los estados le daba de cierta manera una validez en relación a su intención de propender por el bienestar y la salud. Sin embargo, con la entrada de las lógicas neoliberales en las que se busca la privatización de la salud y en las que el Estado ha sido liquidado, los nuevos actores de mercado son las empresas privadas disfrazadas de organizaciones y alianzas como sucede con GAVI y sus directos donantes B&GF. La OMS es un organismo especializado de la ONU y es a partir de este contexto que los países miembros proyectan sus discursos sobre el desarrollo y los alcances de incidencia sobre sus poblaciones.

De manera que, en las lógicas actuales neoliberalistas, y como se ve en una parte del corpus de investigación de esta tesis, el cual se inició desde el año 2014, se evidencia que el sostenimiento de la OMS, ya no está dado por los Estados miembros. **La OMS, el organismo multilateral encargado de los lineamientos sobre biopolítica global en salud, está siendo financiado por la empresa privada**, estrategia mercantilista para que sus tecnologías sean incorporadas por los Estados y sus poblaciones, en de las políticas de salud locales.

²⁸ Acerca de OMS Disponible en <http://www.who.int/about/es/> (Consultado 30/05/2017)

Esta permeabilidad del capital corporativo en la OMS supone la pérdida de la imparcialidad del organismo, y genera conflictos de intereses para dar cuenta de algún pronunciamiento sobre las tecnologías de salud que están siendo comercializados a través de él. La gubernamentalidad, entendida como tecnología, encamina al sujeto a fines no propuestos para favorecer el sistema económico hegemónico—neoliberal—, de manera que en él emergen las condiciones propicias para el desarrollo de la era farmacopornográfica, la cual opera a partir de la mediatización y el mercado, que la sociedad actual gestiona para crear subjetividades atravesadas por las transformaciones biomoleculares que el poder farmacopornográfico les promete.

Estas modificaciones sobre el cuerpo se han introducido por la vía del mercado como revoluciones sexuales, abarcando los espacios íntimos a partir de la lógica de la gubernamentalidad, donde los sujetos aceptan las condiciones de dominación a través de la ilusión de la necesidad y libertad, como lo ejemplifica la conferencia en la que se pedía al Estado colombiano implementar el esquema mexicano de vacunación contra el VPH. Este es el caldo de cultivo para que las corporaciones, operando desde organismos gubernamentales, accedan a la modificación de los cuerpos de las poblaciones a través del posicionamiento en masa de sus propios productos farmacéuticos, así el cuerpos de niñas, adolescentes y mujeres resulta ser el receptor de la vacuna contra el VPH, la cual trae la promesa de modificar sus cuerpos haciéndolos inmunes a la replicación del ADN del virus, y con ello se cristalizará el Útero del Estado sano y sexualmente reproductivo. Estamos de esta manera embebidas, en la máxima expresión del farmacopoder.

2.2 Detrás de cada gran hombre sin VPH, hay una gran mujer vacunada

Existen varios tipos de cáncer que pueden ser desarrollados en varios órganos que, a su vez, pueden estar asociados a diferentes causas, a saber, edad, tabaquismo, uso de hormonas, genética, virus del papiloma humano (VPH); entre otras. Existen más de 100 tipos de VPH, de los cuales más de 12 están asociados a verrugas genitales; estos son conocidos como de bajo riesgo, y pueden producir lesiones benignas en hombres y mujeres, que incluyen verrugas comunes, verrugas plantares, verrugas genitales, lesiones de la boca, nariz y laringe, papilomatosis conjuntival y neoplasia intraepitelial cervical.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) clasificaron 15 tipos de VPH que son conocidos como de alto de riesgo, porque fueron relacionados con el 99,7% de los casos de cáncer de cuello uterino, que es el de interés de esta tesis.

Cervarix® es la vacuna contra el VPH de GlaxoSmithKline, es bivalente, es decir, es efectiva contra dos de los quince tipos de virus de alto riesgo. Gardasil® de Merck Sharp & Dome, es tetravalente, es decir, es efectiva contra cuatro de los quince tipos de VPH de alto riesgo. Para los nueve tipos de VPH restantes, la Food and Drugs Administration (FDA) está estudiando la viabilidad de la vacuna nonavalente.

Según lo anterior, las vacunas contra el VPH son efectivas contra 6 de los 15 tipos de VPH de alto riesgo, razón por la cual la vacuna sigue en estudios porque aún no se ha comprobado la disminución en la incidencia del cáncer de cuello uterino, detalle no menor que además es de conocimiento médico, científico, de los entes regulatorios y por los laboratorios productores de la vacuna²⁹⁻³⁰⁻³¹⁻³², es por esto que los países europeos implementaron programas de vigilancia y seguimiento a la población vacunada para determinar la incidencia de la vacunación sobre el cáncer de cuello uterino y las lesiones en ano, como lo señaló en entrevista Alba Lucía Cómbita, Doctora en Bioquímica, en Ciencias de la vida y la salud con énfasis en virología, quien trabaja en el Instituto Nacional de Cancerología, INC:

²⁹ A summary of the post-licensure surveillance initiatives for GARDASIL/SILGARD En P. Bonanni et al. Vaccine 28 (2010) 4719–4730. Disponible en: http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/A%20summary%20of%20the%20post-licensure%20surveillance%20initiatives%20for%20GARDASILSILGARD.pdf (Consultado 20/09/2017)

³⁰ Human papillomavirus (HPV) vaccine policy and evidence-based medicine: Are they at odds? Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/07853890.2011.645353> (Consultado 20/09/2017)

³¹ Human Papillomavirus (HPV) Vaccines as an Option for Preventing Cervical Malignancies: (How) Effective and Safe? Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/836d/828689ba4731d32343be452e2181fabcffb8.pdf> (Consultado 20/09/2017)

“La vacuna es contra el virus, no contra el cáncer. El virus está relacionado con el cáncer, que es la diferencia que la gente lo equivoca. Y entonces por eso pues toca esperar porque la misma historia natural de la infección nos ha mostrado que para que se desarrolle el cáncer, son décadas. Entonces toca esperar a que se tenga ese resultado en 2027, 2030, estaremos sabiendo, dependiendo la disminución de la incidencia de estos cánceres”³³.

Es decir, independientemente de que la vacuna presente o no esta efectividad frente a la incidencia de cáncer de cuello uterino, será a través de las mediciones y estadísticas producto de los controles futuros que tengan las niñas y adolescentes hoy vacunadas, que se va a establecer esta asociación real de efectividad de la vacuna. Esto es, cuando la población de niñas y adolescentes vacunadas que hoy están entre los 9 a 17 años, alcance edades entre los 25 y 30 años. Se aclara que este modelo de inmunización se basa en vacunar a una masa crítica de la población femenina con el fin de disminuir las tasas de infección entre los sujetos no inmunizados. En este sentido me pregunto **¿Acaso, siguiendo los lineamientos de la OMS, se está experimentando esta vacuna en los cuerpos de las niñas y adolescentes de manera global?, ¿Por qué la OMS y los gobiernos no esperaron a que la industria farmacéutica presentará todas las evidencias que establecieran una real asociación entre la vacuna y la disminución en la incidencia de cáncer de cuello uterino, antes de institucionalizar estas vacunas en sus planes ampliados de vacunación?**

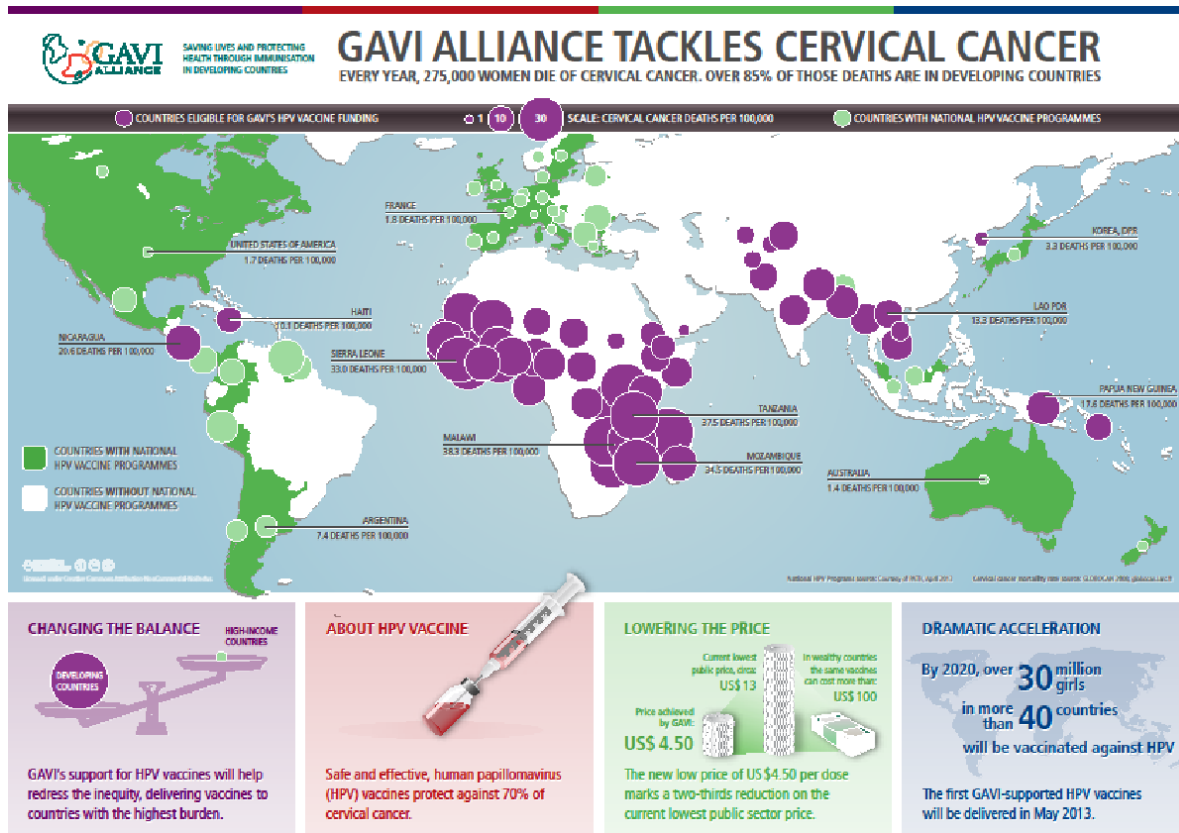
Siguiendo esta lógica de la “medicalización de las expectativas”³⁴, la OMS, a través de GAVI y de B&GF, relaciona las vacunas contra el VPH directamente como un medio de protección y ataque al cáncer cervical. **La ilustración 1 muestra en esferas moradas, los países en desarrollo elegibles por GAVI para el financiamiento de la vacuna contra el VPH.** La escala se presenta en esferas moradas de 1, 10, 30 según el número de muertes

³³ Entrevista: Alba Lucía Cómbita, Doctora en Bioquímica, Dra en Ciencias de la vida y la salud con énfasis en virología. Líder del grupo de investigación del VPH y cáncer de cuello uterino en el Instituto Nacional de Cancerología. Investigadora para la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer OMS. Pulgarín, Sandra (31 de Marzo de 2016) Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá.

³⁴ Illich Ivan (1975) *Némesis médica: La expropiación de la salud*. España. Barral Editores.

atribuibles al cáncer de cuello uterino, estando en la escala de 10 a 30: Nicaragua, Haití, Papua Nueva Guinea, y países africanos como Sierra Leona, Tanzania, Mozambique. Adicionalmente, la ilustración muestra una proyección para el 2020, año en el que más de 30 millones de niñas, en más de 40 países serán vacunadas contra el VPH.

Ilustración 1. Alianza GAVI Ataca Cáncer Cervical. Implementación vacuna contra el VPH³⁵



Tejo una relación entre el caso de los programas de inmunización a niñas y mujeres adolescentes, con las vacunas contra el VPH con el caso puertorriqueño del programa de experimentación con la píldora anticonceptiva porque estas técnicas de contracepción y de salud reproductiva femenina son las mismas a las que tenemos acceso hoy a través de las instituciones de salud y es necesario reconocer que son múltiples las contradicciones que implica acercarse a estos métodos, puesto que reconocemos tanto las maneras en las que

³⁵ Gavi alliance tackles cervical cancer. Disponible en: <http://www.gavi.org/library/news/press-releases/2014/1-5-million-girls-set-to-benefit-from-vaccine-against-cervical-cancer/#> (Consultado 26/05/2017)

han sido apropiados como formas de ejercer la autonomía de las mujeres sobre sus cuerpos, así como también, los terribles abusos de los mismos a través de discursos protección y desarrollo “de lo humano”.

Preciado revisa las condiciones que permiten la invención de la píldora anticonceptiva, tanto los procesos de investigación como de evaluación sobre la misma. Indaga desde el hecho de haber sido creada “casi por error”, en el marco de exploraciones para ayudar a la procreación de familias blancas católicas de Estados Unidos, hasta el haber sido evaluada en Puerto Rico en mujeres de clases populares y no blancas, para probar su eficacia en el control de la natalidad, así como también en hospitales y cárceles estadounidenses (1956-1957), para examinar además que podía disminuir “tendencias homosexuales” (Preciado, 2008:130).

Sabemos que para las luchas feministas los derechos sobre el control de la reproducción han sido fundamentales en el reclamo por la autonomía de los cuerpos de muchas mujeres, así como también han posibilitado que se ponga en la agenda pública que reproducirse —o no— debe ser una elección. Es también inaplazable éticamente una historización de estos métodos que tenga en cuenta lo que Angela Davis señaló respecto a los programas de esterilización forzada en mujeres negras, chicanas, puertorriqueñas e indígenas en Estados Unidos a principios del siglo XX: “lo que se demanda como un ‘derecho’ para los privilegiados venía a interpretarse como un ‘deber’ para los pobres” (Davis, 2005:210). A través de programas dirigidos específicamente a “la población negra”, a Puerto Rico y a los indígenas de América del Norte, se realizan campañas de esterilización para “evitar la proliferación de la clase baja y como antídoto al suicidio de la raza” y como una “obligación moral – para las mujeres pobres – de reducir el tamaño de sus familias” (Ídem).

Si para las indígenas, chicanas, negras y pobres la esterilización quirúrgica era implementada —“obligada moralmente”— para “regular las tasas de natalidad” y evitar el “suicidio de la raza”, en Puerto Rico fue implementado un programa experimental de esterilización para solucionar “la sobrepoblación”, supuesto origen de la situación económica de la isla (Ibíd.:218).

Siguiendo a Angela Davis y Paul B. Preciado, entendemos cómo Puerto Rico se convierte

en un laboratorio experimental para el proyecto eugenésico de inicios del siglo XX, a través de las políticas de control natal y poblacional en la isla: primero, con la implantación de programas de esterilización masiva para los grupos considerados “inferiores” y después, como sede de experimentación con la píldora anticonceptiva en mujeres racializadas y de clases populares. Quedan expuestas las raíces coloniales de dos de los métodos anticonceptivos que más difusión tienen hoy: esterilización y píldora. Ninguno de estos dos pueden ser definidos sencillamente como métodos de control de la reproducción, son, siguiendo a Preciado sobre la píldora, “métodos de producción y purificación de la raza [...] técnicas eugenésicas de control de la reproducción de la especie”, que son claves dentro de la “gramática racista de la cultura occidental, obsesionada por la contaminación de los linajes, la pureza de la raza, la separación de los sexos y el control de los géneros”. (Ídem).

Las campañas de vacunación global contra el VPH, en especial las financiadas a países racializados y menos favorecidos en la distribución global del capital, la historia de la píldora anticonceptiva, y los procedimientos de esterilización quirúrgica obligatoria, nos alertan sobre las maneras en las que se actualiza constantemente el control sobre nuestros cuerpos a través del farmacopoder y las tecnologías de género, con programas que pueden venderse como “liberadores para las mujeres”. Por tanto cuando accedemos a estas técnicas de control natal y de salud sexual de manera voluntaria y suficientemente informada, es fundamental no dar por sentado un “las mujeres” en común, que borre las diferencias que nos constituyen.

2.3 ¿Igualdad de acceso a qué?: los perjuicios de una tecnología de género.

Dado que la relación entre la incidencia de cáncer de cuello uterino con la inmunización de la vacuna contra el VPH no se determinará sino hasta dentro 10 años, la sociedad civil y algunos miembros de la comunidad científica empezaron a cuestionar los programas de vacunación relacionados con esta tecnología de género. De manera que, se pretende avivar la discusión sobre la falta de independencia que tiene la OMS para pronunciarse sobre la experimentación en mujeres racializadas y enclasadadas, y la práctica masiva de vacunación;

debido al entronque financiero OMS-GAVI-B&GF-MERCK, que ya se mostró en páginas anteriores.

Sin embargo, lo que más ha motivado la organización de la sociedad civil frente a esta vacunación han sido los diferentes eventos adversos reportados por niñas y mujeres vacunadas alrededor del mundo. Lo que exagera la discusión es que estos numerosos casos no han sido relacionados por las autoridades sanitarias como evidencia clínica de los eventos adversos asociados a las dos vacunas contra el VPH, siendo la OMS el primer ente en insistir en la seguridad de las vacunas y en categorizar los daños producidos en el cuerpo de las vacunadas, como casos aislados.

Los eventos adversos más documentados y asociados a estas vacunas, son: Síndrome ASIA (Síndrome Autoinmune / Inflamatorio inducido por Adyuvantes), insuficiencia ovárica (Menopausia temprana), síndrome de Guillain-Barré, lupus eritematoso, mielitis transversa, síndrome de fatiga crónica, síncope, convulsiones, encefalitis, epilepsia, parestesia, parálisis de varios tipos, incluida parálisis facial, anafilaxia, trombosis, inductor de suicidio³⁶, y algunas de estas enfermedades han llevado a la muerte a varias niñas, adolescentes y mujeres vacunadas. Frente a estos eventos adversos expuestos por diferentes profesionales, en varios artículos y diferentes países, lo que se discute es que si las niñas o adolescentes a vacunar tienen antecedentes de enfermedades inmunológicas en su familia, es posible que se manifieste en ellas el Síndrome ASIA³⁷, que incluye un espectro de enfermedades autoinmunes desencadenadas por un estímulo adyuvante tal como la exposición crónica a la silicona, tetrametilpentadecano, pristano, aluminio y otras sustancias comunes en las vacunas. Por tal motivo, inmunólogos independientes han recomendado hacer un examen inmunológico antes de administrar las vacunas contra el VPH, las cuales tienen aluminio como adyuvante y se han relacionado con este tipo de enfermedades autoinmunes. También se recomienda hacer programas de vigilancia y reporte de estas reacciones adversas a las entidades competentes.

³⁶ El suicidio no es evento adverso en sí mismo. Sin embargo, lo que está documentado en relación a él, es la presencia de un deterioro de la salud por parte de las jóvenes, y la no relación del caso clínico con el proceso de vacunación por parte del cuerpo médico y los Estados. Las jóvenes han manifestado maltrato y las han acusado de psicogenia y /o hipocondriasis (Cuando el/la sujeto/a cree estar enfermo/a de alguna enfermedad grave), lo que al final conlleva al suicidio por parte de las adolescentes. Simposio: La vacunación contra el VPH en Colombia. Miradas Críticas. 25 de Octubre de 2016. Universidad de los Andes. Asistente.

³⁷ Journal of Autoimmunity. 2013 Diciembre; Volumen 47: páginas 1-16; 13 de noviembre del 2013.

A pesar de que el plan de vacunación de GAVI se centra en países con más inequidades, finalmente, como se ve en la ilustración 1, el plan de vacunación contra el VPH se ha adoptado de manera extensa en el mundo, de tal manera que **cuando la vacuna no es donada, los países, es el caso de Colombia, adquieren las vacunas para intervenir a la población femenina.** En este sentido, se refuerza el hecho de que esta es una tecnología de género, cuyos efectos adversos y el halo de experimentación están enclavados en los cuerpos de las mujeres, suponiendo y buscando producir mujeres heterosexuales. Esta es la razón por la que en varios países la comunidad científica independiente, las mujeres afectada y sus familiares se han articulado en grupos y asociaciones alrededor de varios intereses a saber: i) el reconocimiento de estas niñas, adolescentes y mujeres como víctimas de las vacunas contra el VPH, caso de la asociación de víctimas de España, ii) exigir a los laboratorios, a las agencias médicas y la OMS el relacionamiento de los casos de eventos adversos, directamente con las vacunas tal y como lo establece la medicina basada en la evidencia, y iii) la exigencia a los Estados del retiro de las vacunas contra el VPH de los programas ampliados de inmunización de los países. En el Anexo N° 2 “Contexto Global”—**Eventos adversos**—, se relacionan los perfiles de grupos activistas y otras organizaciones con más visibilidad en el mundo y que se han pronunciado frente a los eventos adversos producidos por estas vacunas que, como ya se dijo, no están siendo relacionadas por los organismos de salud globales y estatales, mismos que se han pronunciado sobre el conflicto de intereses que tiene la OMS para establecer el real riesgo/beneficio de estas vacunas. En el Anexo N° 2 “Contexto Global”—**Pronunciamiento a las vacunas**—, también se relacionan las articulaciones que han logrado sacar estas vacunas de los planes ampliados de vacunación en algunos países. En este sentido, es de anotar que Filipinas prohibió estas dos vacunas, sin embargo, esto no fue relacionado en dicha tabla por no tener acceso detallado a la información para lograr la trazabilidad del proceso que evitó la implementación de la vacunación en el país.

En este segundo capítulo presenté un contexto global para el lector/la lectora, con el fin de explicar cómo se dan las relaciones entre corporaciones y organismos multilaterales, que posteriormente intervendrán en políticas de Estado, como es el caso de la vacunación contra el VPH en Colombia. Este contexto es de suma importancia para esta investigación,

primero, para dejar manifiesta mi preocupación como sujeto informado, y por otra, para evidenciar las relaciones de poder. En la primera parte, develé las relaciones de poder entre la fundación Bill y Melinda Gates - Merck - GAVI- OMS. Posteriormente abordé dicho engranaje entre corporaciones y organizaciones multilaterales a la luz del panorama de la biopolítica neoliberal, desarrollismo que desencadena un proceso de gubernamentalidad como lógica operante naturalizada.

Seguidamente, presenté una breve descripción del virus del papiloma humano, sus consecuencias y la forma como a partir de la vacunación de la población femenina, se pretende disminuir dichas consecuencias. Para terminar, enlisté algunos de los efectos adversos asociados a las vacunas contra el VPH cristalizados en el cuerpo de las mujeres, y que no son relacionados por la OMS, las agencias en salud, ni por los laboratorios titulares de estas vacunas. Por tal motivo, finalicé el capítulo presentando los grupos y asociaciones internacionales que han denunciado, por un lado, la falta de independencia de la OMS para establecer un verdadero riesgo/beneficio de la vacunación contra el VPH y que, por otro lado, han manifestado discusiones importantes frente a la seguridad, efectividad y halo de experimentación con estas vacunas; en el Anexo 2 “Contexto global” —**Pronunciamiento a las vacunas**—, se presenta el impacto de estas intervenciones en los países donde se han dado dichas discusiones. Una vez aclarado el panorama global ha sido preciso considerar las recomendaciones que sobre la adopción de las vacunas contra el VPH brindan a los países de la región, organismos vinculantes a la ONU y OMS, como la OPS; recomendaciones adoptadas por el Estado Colombiano en diferentes lineamientos en el que la ley que decreta la vacunación.

3. *MALIGNUM UTERI*³⁸: Cuerpos de las mujeres intervenidos para el desarrollo

Mónica Eraso, en su investigación titulada *De Morbis Veneris: la construcción de raza y sexo en los tratados médicos de Jean Astruc (1736-1765)*, realiza un análisis a las concepciones sobre la pureza de la sangre a través de la visión del médico francés del siglo XVIII, quien fue consultor del rey Luis XV, primer médico de Augusto II, y catedrático de medicina en el colegio real de Francia. En su investigación, Eraso ilustra cómo los textos de este médico tuvieron, y aún hoy, tienen efectos sociales y políticos en tanto que las concepciones sobre los cuerpos de mujeres y su patologización a partir de las enfermedades de transmisión sexual como la sífilis, conllevaron a la producción de una verdad sexista y racista que construyó a “las mujeres burguesas” como frágiles y emocionalmente inestables y a “las mujeres racializadas” como peligrosas, portadoras naturales de la enfermedad venérea, dando lugar a un racismo biológico.

Eraso, se remite en un primer momento a la imagen de la venus anatómica, una mujer blanca burguesa a la que se le podría remover la piel para poder auscultar las diferencias anatómicas que ocultaba en su vientre. Es descrita como una mujer pasiva y delicada, con una postura de víctima que le permitiría al hombre, por medio del método científico, determinar que hombres y mujeres eran diferentes.

Dichas diferencias anatómicas darían pie a la construcción de tratados médicos como los de Jean Astruc, quien en su abordaje sobre la sífilis, sustenta un desplazamiento geográfico en el que afirma que dicha enfermedad llegó a Europa desde América. Este cambio epistémico anularía las otras formas de comprender la enfermedad, así como las diferentes maneras de enunciarla que existían previamente. Astruc logra dar rienda a un nuevo relato sobre la enfermedad, dejando de ser una cuestión de humores para convertirse en una enfermedad

³⁸ *Malignum Uteri*: su traducción del latín es “Útero Enfermo o Desviado”. Esta expresión quiere dar cuenta de un proceso de patologización del cuerpo de las mujeres que se actualiza según la episteme de la época. Esta expresión surge en el presente análisis basado en la historia de la construcción de los sexos que expone Tomás Laqueur, así como la investigación de Mónica Eraso sobre el racismo biológico a partir de los tratados médicos de Jean Astruc.

transmisible, que afectaría la construcción de la sexualidad de las mujeres en tanto que eran ellas, las portadoras silenciosas de la enfermedad, mientras que los hombres se convertían en las víctimas pasivas.

Según Eraso, en el cambio epistémico que se produce con esta propuesta, la diferencia entre hombres y mujeres no estaba ya dada por un orden divino —no venimos de un orden cósmico ni de la costilla de Adán— sino que se sustentaba en las diferencias entre los cuerpos, naturalizaba los órganos sexuales y estigmatizaba el útero femenino, de modo que el útero se convierte en “un animal inestable y con vida propia, afectaba todo el cuerpo de las mujeres, haciéndolas personas vacilantes, inclinadas a las pasiones del amor y, sobre todo perturbando de tal manera su mente que no se podría poner en manos de esas criaturas tan vacilantes tareas públicas o asuntos de gobierno, tareas reservadas para la medida del animal racional: el hombre blanco” (Eraso, 2015:46) La investigación de Eraso muestra la temprana patologización del útero desde la proclama del discurso científico como verdad indubitable del mundo. En este caso, desde los discursos ilustrados hasta la actualidad, el útero de la mujer ha sido símbolo espectral de la enfermedad.

Como lo describí en la introducción, me reconecté con el tema de esta vacuna en el país, cuando en agosto de 2014 en las primeras páginas de prensa aparecían fotos de adolescentes uniformadas desmayadas en El Carmen de Bolívar, y era común leer o escuchar en los noticieros sobre “Las presuntas víctimas de la vacuna contra el VPH” o sobre “La enfermedad de las niñas vacunadas de El Carmen de Bolívar”. Me enteré que se había decretado una ley que obligaba al Estado a proveer esta vacuna, y que las niñas y adolescentes entre cuarto y séptimo grado de escolaridad debían recibirla. Mi sorpresa no fue menor cuando, al revisar dicha ley, me doy cuenta que es simple, que tiene solamente tres artículos en una hoja, ya que las otras dos son las firmas del publíquese y cúmplase. **Con el contexto que ya presenté, mi lectura del entorno global y nacional en políticas en salud, no lograba comprender cómo el Estado colombiano generó una ley con tal misión.** A su vez, era un antecedente único para el país, que a través de sesiones del congreso se ingresará una vacuna al PAI. El PAI es un programa de la OPS-OMS, con el claro objetivo de que los países logren coberturas universales de vacunas, y sobre esto, no hay ningún acto del legislativo que interfiera. También, era un antecedente para el mundo,

que en un país, la vacunación contra el VPH fuera de obligatoriedad a través de una ley, Chile recientemente se nos ha unido en esta misma línea.

Malignum uteri se traduce del latín como “Útero Enfermo o Desviado”. Esta expresión quiere dar cuenta de un proceso de patologización del cuerpo de las mujeres que se actualiza según la episteme de la época. Esta expresión surge en el presente análisis a partir de la historia de la construcción de la sexualidad que menciona Preciado en su epistemología sexual de Occidente, basada en las apreciaciones sobre la construcción del sexo-género que describe en *Testo yonqui*, de igual manera, se sirve de la investigación de Mónica Eraso sobre el racismo biológico a partir de los tratados médicos de Jean Astruc. Así, esta expresión nos servirá para dar cuenta de una renovación de los discursos que buscan patologizar el cuerpo de las mujeres, que las codifican dentro de parámetros como la feminidad y la reproducción, sustentados en la naturalización del sexo-género, perpetuando la dominación del saber sobre sus cuerpos.

Malignum uteri no es el final de un camino, es la apertura de un proceso de análisis de entronques entre movimientos económicos globales y los procesos políticos, sociales y culturales que se dan en un contexto específico, en este caso, al comprender los discursos por medio de los cuales se gestó un programa de vacunación que afectó el cuerpo de niñas, adolescentes y mujeres colombianas. Recorro a una expresión en un idioma que resulta extraño a nuestros oídos porque la patologización del cuerpo de las mujeres ha sido una constante —como lo muestra Eraso— esta vez no desde un discurso divino, tampoco desde la disección del tratado médico, sino desde un discurso que promueve la modificación biomolecular a través de la intervención de los cuerpos de niñas y adolescentes con la vacuna contra el VPH, esto como la concreción del farmacopoder.

Así, parte de mi pregunta de investigación pretende conocer cuáles son los discursos que constituyen una política de salud en Colombiana enfocada en la vacunación contra el VPH a niñas escolarizadas entre cuarto y séptimo grado. Hasta el momento he relatado un proceso de conexiones de organismos globales con actores del mercado internacional en relación a la vacunación, este seguimiento fue necesario para comprender el porqué de esta investigación, dada la singularidad que caracteriza a esta vacuna. Luego de mostrar el entramado de relaciones de poder que enmarca esta vacunación y su enlace

con principios biopolíticos, esta parte de mi pregunta de investigación cobra aún más sentido. Desde mi perspectiva de sujeto informado, me puedo preguntar aquí cómo es posible que una vacuna que está en medio de tales discusiones a nivel global, haya propiciado en Colombia una legislación en torno a la vacunación, a pesar de todas las acciones internacionales de la sociedad civil frente a tres aspectos que se muestran en el segundo capítulo: las relaciones financieras de la OMS, las masivas reacciones adversas de la vacuna, y el cuestionamiento sobre la efectividad de la misma.

El abordaje de la legislación colombiana fue el último paso en la revisión de archivo que he realizado. En un primer momento hice una lectura de los 17 documentos que componen la discusión en cámara y senado. Posteriormente, seleccioné las gacetas que más aportaban a la discusión, entre las que se destacan la ponencia y la discusión en la plenaria del senado. De allí fueron seleccionadas 6 gacetas. Cabe señalar que con la lectura de las gacetas comprendí cuál es el proceso que sigue un proyecto de ley: en primer lugar, el proyecto de ley 028 por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria a la población colombiana contra el vph fue presentado por el representante a la cámara Luis Enrique Salas Moisés a la comisión séptima, estamento del poder legislativo encargado de revisar, entre otros, los temas en salud. Una vez aprobada por la comisión en cámara de representantes, pasó a ser aprobada por la comisión séptima del senado de la república. Posteriormente, se presentó en la plenaria de la cámara, sin mayor discusión al respecto y se aprobó por unanimidad, mientras que en la plenaria del senado, se abordaron los diferentes argumentos por medio de los cuales fue favorable la vacunación y además se postularon algunos cambios en la propuesta inicial del proyecto de ley.

El archivo que aquí se presenta tiene como fin completar el mapa de ideas de un sujeto informado que se pregunta por estructuras de saber-poder. Al encontrarme con lo sucedido en el municipio de El Carmen de Bolívar, haber pasado por un proceso de eliminación de una lesión precancerosa asociada a VPH, conocer las alianzas de la OMS con Bill & Melinda Gates Foundation, mi pregunta sobre cómo llegó esta vacuna al país y se convirtió en ley, al parecer sin mayor reparo, me impulsaba a hallar un modo de análisis, una forma de articular este archivo inconexo para muchos, pero que representaba redes de poder, alianzas mercantiles y manipulación de los cuerpos. La crítica posestructuralista me

permitía organizar de manera escalonada cada documento, para darme cuenta de discursos que se van tejiendo a partir de conexiones sutiles, de acomodaciones en los programas económicos mundiales, que aterrizan en Colombia, modificando de manera directa al sistema de salud y por tanto, a las niñas, adolescentes y mujeres colombianas

Como se expuso previamente, el análisis de discurso (Anexo N° 3 “Tabla de análisis de discurso de discurso de antecedentes y legislación”) será la forma de acceder a los documentos. Este método dará luces en cuanto a la sistematización de los mismos a partir de la identificación de las diferentes formas de enunciación, por ende, es preciso determinar los actores e intenciones del texto, teniendo en cuenta que éste siempre va acompañado de prácticas, que no habla un sujeto omnipresente, ni impersonal, sino que quien está ahí, se encuentra cargado de toda su historicidad. El análisis de discurso me permitió diseccionar los textos, con lo que pude darme cuenta de procesos y discursos que se dan al interior de la legislación y que son presentados, para dar respuesta a mi pregunta de investigación.

En el primer apartado de este capítulo me dedicaré a mostrar los documentos por medio de los cuales el programa de vacunación que se establece dentro de los lineamientos en salud de la OMS se decanta hasta la legislación colombiana a través del embudo que constituyen los CONPES³⁹, el Plan Nacional para el Control del Cáncer, y la Resolución CD48.R10 del MSPS. De igual manera, haré una revisión por el recorrido del proyecto de ley 028 de la cámara de representantes, que posteriormente, se convertiría en la Ley 1626 de 2013.

En un segundo momento me adentraré en los once documentos que conforman este engranaje de poderes y saberes sobre el cuerpo de niñas, adolescentes y mujeres en Colombia. La forma en que me acercaré será a través de la comprensión de sus afirmaciones y propósitos, los cuales dan lugar a ciertos discursos, prácticas sociales que se ha delimitado a través del marco conceptual, a saber, el discurso biopolítico, el discurso desarrollista, el discurso del farmacopoder, un discurso del Estado como protector de la

³⁹ El Consejo Nacional de Política Económica y Social (Conpes) es la máxima autoridad nacional de planeación y se desempeña como organismo asesor del Gobierno en todos los aspectos relacionados con el desarrollo económico y social del país. Para lograrlo, coordina y orienta a los organismos encargados de la dirección económica y social en el Gobierno, a través del estudio y aprobación de documentos sobre el desarrollo de políticas generales que son presentados en sesión. El Departamento Nacional de Planeación desempeña las funciones de Secretaría Ejecutiva del CONPES, y por lo tanto es la entidad encargada de coordinar y presentar todos los documentos para discutir en sesión. Consultado <https://www.dnp.gov.co/CONPES/Paginas/conpes.aspx> el 22-07-2017.

niñez y el discurso que denominó: de úteros del estado.

3.1 Relacionamientos globales en torno al cáncer cérvico uterino.

La búsqueda de la respuesta a esa parte de la pregunta de investigación me llevó a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del 2010⁴⁰ con fecha límite de cumplimiento al año 2015. Este compromiso, conocido como la Declaración del Milenio, fue aprobado el 8 de septiembre de 2000 por los 191 Estados miembros de las Naciones Unidas; en él se reafirmó el propósito de tener un mundo pacífico, más próspero y más justo para todos los habitantes, bajo los valores de libertad, igualdad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza y responsabilidad común, a través del cumplimiento de ocho objetivos que contenían un total de 17 metas. A partir del 2015, después de que se hizo el informe de cumplimiento de dichas metas, este documento se actualizó a los Objetivos de Desarrollo sostenible de Naciones Unidas con metas hasta el año 2030.

Es de interés para esta tesis el primer documento publicado por Naciones Unidas en el 2010 en Nueva York, el cual Colombia, ratificando lo acordado en la Cumbre del Milenio, desarrolló el documento CONPES SOCIAL 91 de 2005⁴¹ “Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio– 2015”. La forma como el país relaciona el Objetivo 5 de la escala global: Mejorar la salud materna, con los objetivos nacionales, es a través del planteamiento del quinto objetivo de este CONPES, el cual se enuncia como mejorar la salud sexual y reproductiva, planteando como una de las metas reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.

El CONPES Social 140⁴² de 2011, actualiza el CONPES 91, en lo concerniente a la inclusión de nuevos indicadores, ajuste en las líneas de base y metas de lo inicialmente adoptado. Respecto al quinto objetivo que se presentaba en el CONPES 91 como “mejorar

⁴⁰ Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf. (Consultado 20/09/2017)

⁴¹ CONPES SOCIAL 91 de 2005⁴¹ “Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio– 2015. Disponible en: http://www.minambiente.gov.co/images/normativa/conpes/2005/Conpes_0091_2005.pdf (Consultado 20/09/2017)

⁴² CONPES SOCIAL 140 “Modificación a conpes social 91 del 14 de junio de 2005: “metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015” Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/140.pdf> (Consultado 20/09/2017)

la salud sexual y reproductiva”, el CONPES 140 lo enuncia como “Mejorar la salud materna”; adaptándose a lo que se presenta en los ODM del 2010. Esta actualización del CONPES, también deja ver un cambio frente a la prevención del cáncer de cuello uterino al anunciar la evaluación de la incorporación de nuevas alternativas para la prevención.

Como se presentó en el segundo capítulo, la OMS es la autoridad coordinadora de los asuntos de sanidad internacional en el sistema de las Naciones Unidas; y es a través de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que se coordinan las políticas que promuevan la salud y el bienestar en los países americanos; así, la secretaría de la OPS es la Oficina Sanitaria Panamericana, que funciona a la vez como Oficina Regional de la OMS para Norte, Centro y Sur América.

Por lo tanto, siguiendo esta línea a escala de las adopciones de políticas globales por la región y los Estados, se presenta la Resolución CD48.R10 “Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Este documento retoma la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención y el control del cáncer” (WHA58.22, 2005)⁴³, el cual insta a los gobiernos a que elaboren programas integrales de control del cáncer y recomienda que asignen prioridad a los programas de prevención y control del cáncer cervicouterino. El documento sitúa el cáncer como una enfermedad crónica prioritaria y focaliza el cáncer de cuello uterino como una enfermedad intervenible dentro de los programas de salud mundial en las Américas.

Es así como Colombia, a través del Plan Nacional para el Control del Cáncer 2012-2020⁴⁴, versión que actualiza el documento con el mismo nombre 2010-2019, adopta como marco legal normativo los instrumentos internacionales no vinculantes de la OMS - OPS, y como los acuerdos multilaterales sobre factores de riesgo para cáncer.

En otras palabras, el Plan Nacional para el Control del Cáncer 2012-2020 adopta entre

⁴³ Resolución CD48.R10 “Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Este documento retoma la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención y el control del cáncer” Disponible en: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=329-resolucion-cd48-r10-control-cancer-cervicouterino-9&category_slug=cancer-982&Itemid=965

⁴⁴Plan Nacional para el Control del Cáncer 2012-2020 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf> (Consultado 20/09/17)

otros, los ODM y la Resolución CD48.R10 Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino ya presentados anteriormente. Es por esta razón que las proyecciones del documento están enlazadas con los Objetivos de Desarrollo del Milenio en lo que respecta al quinto objetivo, “Mejorar la salud sexual y reproductiva”, estableciendo metas encaminadas a reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino a través protocolos que establecen la toma de la citología cervicouterina, la adhesión de la mujer al esquema de detección precoz del cáncer de cuello uterino y a su tratamiento. Como base normativa colombiana, se basa, entre otros en el CONPES 91, ya expuesto.

Así, este Plan Nacional para el Control del Cáncer 2012-2020 actualiza la primera versión del modelo conceptual con el que se orienta y organiza el quehacer y las actividades en torno al control del cáncer en el país. **Este documento sitúa el cáncer como una enfermedad catastrófica de alta significancia en la salud pública;** por tanto la dispone como una condición clínica que debe ser intervenida por el Estado a través de políticas públicas en salud; y señala que, dentro de los ocho cánceres que afectan a las mujeres, el segundo es el cáncer de cuello uterino.

Del 20 al 22 de Septiembre en Nueva York, la cumbre de la ONU estableció un plan de acción para alcanzar los ODM. Para el objetivo de interés de esta tesis, el quinto, **Colombia optó por la introducción de la vacuna contra el VPH como parte de la estrategia mundial de salud de la mujer y los niños.** “Desde al año 2011 el Ministerio de Salud y Protección Social contrató con la Universidad Nacional de Colombia la realización del estudio de costo efectividad para la introducción de la vacuna VPH, con los resultados de este estudio, el Comité Nacional de Prácticas de Inmunizaciones - CNPI, recomendó al Ministerio, incluir esta vacuna en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)”⁴⁵, incluyéndola finalmente en el 2012. De esta manera, se materializa la propuesta del CONPES 140 de 2011, de que el Estado evaluara la incorporación de nuevas alternativas para la prevención del cáncer de cuello uterino, punto que dejó abierto al inicio de este

⁴⁵ OPS/OMS resalta la importancia de la Vacuna contra el VPH en Colombia. Disponible en:

http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1683:opsoms-resalta-la-importancia-de-la-vacuna-contr-el-vph-en-colombia-&Itemid=551 (Consultado 20/07/2017)

capítulo cuando analicé dicho documento.

3.1.1 Estructura de la ley 1626 de 2013: Por medio de la cual se garantiza la vacunación gratuita y obligatoria de la vacuna contra el virus del papiloma humano a todas las niñas entre cuarto y séptimo grado

El proceso legislativo que condujo a la implementación de la vacuna en Colombia se documentó en la revista Gaceta, encargada de recoger las discusiones en el congreso de la república. Este archivo consta de diecisiete documentos, desde la radicación de la ley hasta su conciliación en la plenaria del congreso. Esta investigación ha optado por hacer una depuración de los archivos en vista de que en algunas sesiones el abordaje al proyecto de ley es superficial. De manera que, se han elegido sólo seis gacetas en las que se espera dar cuenta de las relaciones que se tejen dentro del poder legislativo frente el asunto de la vacunación contra el VPH, teniendo en cuenta el contexto de quien habla, y sus intenciones al respecto; el propósito es construir un relato de los discursos que van apareciendo así como los procesos políticos y culturales a los que se encuentra ligado, ya que el discurso se constituye como una práctica social (Iñiguez, 2006) que va conformando a los sujetos, de ahí que es preciso acceder a la identificación de los documentos para sus posterior análisis, y la exposición de sus efectos prácticos.

El día 27 de Julio de 2011 se radicó el proyecto de ley 028 en la Cámara de Representantes. Su autor es el honorable representante de Bogotá, Luis Enrique Salas Moisés del partido de la U, quien pertenece a la comisión séptima. Este proyecto de ley fue publicado en la Gaceta 820 del 3 de noviembre de 2011⁴⁶. Los ponentes son los representantes a la cámara que componen la comisión séptima, a saber, Armando Zabaraín del partido conservador, Gloria Stella Díaz del partido MIRA, José Bernardo Asprilla del partido de la U, Rafael Romero Piñeros del partido Liberal.

⁴⁶ Gaceta 820. “Proyecto de ley”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 03 de Noviembre de 2011.

El objeto del proyecto de ley es “garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a la población de niñas y entre 9 y 12 años contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). También pretende la adopción de medidas integrales que permitan la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, seguimiento, control y atención de las infecciones del Virus de Papiloma Humano, condición determinada como necesaria para el desarrollo del cáncer de cuello *cérvico uterino*, y así, *minimizar las consecuencias para la salud de las mujeres, y disminuir sus repercusiones en el sistema de salud pública, mediante la actualización del Programa Ampliado de Inmunización*”. Para esto presenta distintos argumentos. Desde el marco jurídico y constitucional; se apoya en la ley 5 de 1992 sobre las funciones del congreso de la república, los artículos de la constitución sobre el derecho a la salud y resoluciones relacionadas, la ley 12 de 1991 que promulga los derechos de la niñez, resalta los convenios internacionales a los que Colombia se ha comprometido a lo largo de los últimos años, y entre los que se destaca la Declaración del Milenio, previamente mencionada.

Ahora bien, dentro de la justificación del proyecto se apela a lo expuesto en el Plan Nacional para el Control del Cáncer (2010-2019) la sustentación del proyecto no sólo se basa en las muertes producto del cáncer cervicouterino, sino que, se cimienta en las resoluciones del MSPS en relación a las enfermedades en salud pública, así como en el documento de Metas y estrategias de Colombia para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio-2015, que ya ha sido mencionado como el CONPES 140 líneas atrás, y finalmente, cita Grupo Técnico Asesor sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación, de la OPS. Como punto final, aborda el impacto fiscal del proyecto de ley, arguyendo nuevamente al derecho a la salud y al bienestar de los niños, y afirman que este proyecto acarrea obligaciones que ya deberían estar contempladas dentro de las obligaciones fiscales de la Nación, argumentos con los que asegura el presupuesto para el sostenimiento del programa de vacunación.

La Gaceta 616 del 18 de Septiembre de 2012⁴⁷ expone el informe de ponencia para primer

⁴⁷ Gaceta 616. “Ponencia para primer debate”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 18

debate al proyecto de ley número 260 de 2012 en el senado, 28 de 2011 cámara, el cual cobra relevancia en la medida en que presenta la recepción de la ponencia en el senado de la república, además de adjuntar otros documentos para soportar la entrada de la vacuna. La Gaceta 736 de 26 de Octubre de 2012⁴⁸ que relata la discusión y aprobación de la ponencia en el para primer debate al Proyecto de Ley Número 260 De 2012 Senado, 28 De 2011 Cámara da cuenta de los aspectos positivos de la vacunación presentado el programa como beneficioso en cuanto busca reducir el riesgo de muertes por el cáncer de cuello uterino, además de evaluar los alcances de los programas de salud sexual y reproductiva en el país. Esta discusión es dirigida por Claudia Wilches, Liliana Rendón y Jorge Eliécer Ballesteros.

Seguidamente, la Gaceta 922 del 11 de diciembre de 2012⁴⁹ presenta el informe de conciliación en el senado de la república, que permitirá conocer a qué acuerdos se llega en el senado de la republica respecto al proyecto de ley. Posteriormente, se abordará la Gaceta 115 de 21 de Marzo de 2013⁵⁰, que presenta el informe de conciliación presentado al proyecto de ley número 028 de 2011 cámara, 260 de 2012 senado, donde será preciso detallar los contrastes que se dieron con la discusión y los cambios que se dan entre ambos documentos. Llegado a este punto se presentará la ley 1626⁵¹.

Los anteriormente expuestos son los documentos que me permitirán hacer las conexiones necesarias para responder a una parte de la pregunta de investigación, partiendo de mi postura como sujeto informado, de los posicionamientos que se toman y los discursos que se proyectan a lo largo de la legislación y las obliteraciones que se dan en relación a los convenios globales discutidos en apartados anteriores.

3.2 Coordenadas racializadas y estratificadas del *Malignum Uteri*

El apartado anterior fue estructurado para dar cuenta del proceso como se relacionan los documentos de fuentes oficiales que conllevaron a la implementación de un programa de

de Septiembre de 2012

⁴⁸ Gaceta 736 “Actas comisión séptima. Ponencia para primer debate”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 16 de Octubre 2012

⁴⁹ Gaceta 922 “Texto de conciliación en el senado de la república”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 11 de Diciembre 2012.

⁵⁰ Gaceta 115. “Informe de conciliación cámara”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 21 de Marzo de 2013

⁵¹ Ley N° 1626. Gaceta del Congreso de la República. Bogotá, Colombia, 30 de abril de 2013

vacunación enmarcado en una ley de la república. Una vez se tiene claro cómo se yuxtaponen estos documentos quisiera entrar a su análisis, que ha sido anunciado a lo largo de este tercer capítulo. Desde la introducción se ha dicho que mi intención es conocer los discursos que hicieron posible esta ley, sin embargo, hasta el momento he abordado primordialmente el contexto global que los hace posibles. De manera que en este apartado pretendo adentrarme en los documentos y analizar los discursos que están articulando y defendiendo en el contexto local.

La consideración de los discursos parte del hecho de que éstos, desde el andamiaje teórico foucaultiano, no son morfemas inconexos de carácter textual, sino que, por el contrario, constituyen lo que somos, son prácticas que definen al objeto del que se habla, de modo que tienen un carácter contextual. Según Iguíñez (2006), la diferencia que hay entre un texto y un discurso es que este último se caracteriza por ser producido dentro de una institución que lo constriñe, así como está dotado de una posición de sujeto, y que consecuentemente, producirá las condiciones sociales existencia y se articulará a un devenir histórico.

El discurso institucional al que nos veremos enfrentados de aquí en adelante debe considerarse a través de su contexto legislativo, teniendo en cuenta cuáles son las instituciones que hablan y cómo se van articulando unas con otras. Además, el carácter contextual de los discursos muestra cómo en un mismo texto se encuentran subsumidos una serie de discursos que van configurando un relato homogéneo de un fenómeno social y que a la vez, van conformando diferentes tipos de prácticas.

Los discursos que aparecen a lo largo de los documentos institucionales serán articulados a partir del andamiaje teórico previamente expuesto, pues la intención es indagar cómo se dan las conexiones entre procesos político-económicos y los discursos que se gestan dentro de la construcción de una política enmarcada en el gobierno de los cuerpos de las mujeres, que será leída a partir de estructuras sociales y culturales específicas. El discurso permitirá ver los procesos que atraviesan los cuerpos como “entidades educables, transformables y susceptibles de ser puestas al servicio individual y social.” (Pedraza, 1999:20)

Para Susan Sontag (1989) la enfermedad es considerada como el lado oscuro de la existencia, es decir, pareciera como si la disposición de nuestro cuerpo se centrara en

sobrevivir a aquello que resulta extraño, es un estado que nos lleva a la náusea, a la desidia de lo que somos. Con la premisa de huir de la muerte y la enfermedad se han creado organismos globales que tienen como fin la perpetuación de la vida en ciertas condiciones, así es como instan al cumplimiento de lineamientos, los cuales Colombia acata a través de documentos como el CONPES 91 y su actualización el 140 de 2011, los cuales exponen la relación que hay con un organismo internacional que dicta a sus estados miembros, dentro de los que está Colombia, la manera en que debe intervenir a sus poblaciones para lograr objetivos globales determinados, dentro de un discurso del desarrollo. Una de las formas como Colombia aterriza estos lineamientos globales a nivel nacional, es enmarcando las metas encaminadas para reducir el número de muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino, dentro de un objetivo global sobre la salud sexual y reproductiva; a la par que el Estado cumple con otras metas propuestas en esta cumbre mundial, en relación a la de calidad de vida a su población.

OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Meta Universal: Reducir entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes. Metas Nacionales: Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino a 5.5 muertes por 100.000 mujeres. Estrategía: Incrementar el acceso de la población a la toma y lectura de citología cérvico - uterina, así como mejorar la adhesión de la mujer al esquema de detección precoz del cáncer de cuello uterino y a su tratamiento.⁵²

OBJETIVO 5: MEJORAR LA SALUD MATERNA

Meta universal: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Metas nacionales: Aumentar la promoción de la salud sexual y reproductiva. Indicadores: Tasa ajustada por edad de mortalidad asociada a cáncer de cuello uterino (por 100.000 mujeres).⁵³

⁵² CONPES SOCIAL 91 de 2005⁵² “Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio– 2015. p. 70

Disponible en: http://www.minambiente.gov.co/images/normativa/conpes/2005/Conpes_0091_2005.pdf (Consultado 20/09/2017)

⁵³ CONPES SOCIAL 140 “Modificación a conpes social 91 del 14 de junio de 2005: “metas y estrategias de colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015” p. 16. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/140.pdf> (Consultado 20/09/2017)

El CONPES es un documento cimentado sobre discurso del desarrollo que incluye directrices de un discurso biopolítico, que en el presente caso define la vida como la posibilidad de conseguir un capital humano para el trabajo, un cuerpo-máquina que ha sido intervenido a partir de políticas mundiales de orden sanitario. Hoy las condiciones de vida están permeadas por instituciones que se encargan de condicionarla de manera positiva, perpetuándola a partir del miedo a la muerte y a la enfermedad, a la pobreza: “La fuerza vital no es más que un elemento orgánico de la biopolítica que, al imitar la dinámica vital, imita el juego polarizado entre la creación y la conservación de los procesos vitales” (Muhle, 2009:159). Esta visión biopolítica de tipo médico gesta un discurso salubrista que supone el bienestar y el desarrollo de la especie para la conservación de un estilo de vida de producción y reproducción.

Mostrar la actualización del CONPES en lo que respecta al objetivo 5 y las metas relacionadas resulta relevante porque permite exponer cómo estos lineamientos globales van modificando el sujeto a intervenir a partir de cambios en su enunciación, es decir, pareciera que el objetivo 5 entre los CONPES 91 y 140 ha cambiado su enfoque, pues ahora no se preocupa por la salud sexual y reproductiva de cualquier sujeto dentro del grueso de la población; sino que su intención **es mejorar la salud materna**. Sin embargo, dentro de las metas nacionales aparece la intención de continuar con la mejora de la salud sexual y reproductiva, por lo que se presenta una continuidad en los programas de salud que se dan a nivel global, sólo que en este caso se ha perfilado un sujeto quien tendrá la responsabilidad de cuidar la salud sexual y reproductiva, a saber, las mujeres con vida sexual activa que potencialmente serán madres:

Para el logro de la meta de mortalidad de cáncer de cuello uterino es necesario diseñar y ejecutar acciones encaminadas a mejorar la toma, lectura e interpretación de los resultados obtenidos a partir de las citologías cérvico-uterina. Así como, garantizar el acceso al diagnóstico definitivo, tratamiento y evaluar la incorporación de nuevas alternativas para la prevención, detección temprana y tratamiento oportuno del cáncer de cuello uterino teniendo en cuenta lo definido en el Plan Nacional de Cáncer.⁵⁴

⁵⁴ CONPES SOCIAL 140 “Modificación a conpes social 91 del 14 de junio de 2005: “metas y estrategias de colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015” p.47 Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/140.pdf> (Consultado 20/09/2017)

Es decir, las mujeres de Colombia, a través de estos CONPES, ingresan a un modelo de seguimiento, control e intervención de sus cuerpos y serán parte de un proceso de educación sexual con el pretendido fin de asegurar su salud y mantener su capacidad reproductiva. De modo que, vemos que los procesos propios de la biopolítica se van adaptando según sus necesidades de preservación del orden a través del dominio de los cuerpos, optando en este caso, por un proceso de engenerización de las prácticas relacionadas con el cuidado de la sexualidad, específicamente, en el caso del cáncer de cuello uterino, por lo que se puede afirmar que el útero de las mujeres es intervenido con el fin de reproducir lógicas económicas y culturales a partir del papel de madre. Tal como lo señala Paul B. Preciado, se da una “segmentación estructural entre los cuerpos con úteros capaces de llevar a buen término el desarrollo de un feto viable y cuerpos sin útero o con útero, pero sin la posibilidad de gestación. Esta noción según la cual la diferencia entre trabajo de producción y trabajo de reproducción es de carácter sexual, por tanto, entre bio-hombres y bio-mujeres, da por supuesta la coincidencia entre cuerpo de mujer y cuerpo con útero fertilizable capaz de llevar a buen término el desarrollo de un feto viable.” (Preciado, 2008: 200). Todo lo anterior dando por sentado que la única posibilidad natural de reproducción es la heterosexualidad, configurando así un discurso de útero del Estado que he ido desarrollando a lo largo del documento, y que como he explicado líneas atrás justifica la intervención en el cuerpo de las mujeres por parte de organismos multilaterales a partir de programas de prevención y promoción de la salud sexual que buscan que los cuerpos de las mujeres sean sanos, productivos y reproductivos, para asegurar el relevo generacional en las fuerzas de trabajo.

Por su parte, la Resolución CD48.r10 “Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino” de la OPS señala al útero como un órgano en el que se puede desarrollar una enfermedad catastrófica de tipo crónico, patologizando continuamente el cuerpo de las mujeres, medio que utiliza para justificar su intervención. Luego esta enfermedad toma un contexto geográfico en la medida que la OPS tiene la capacidad de intervenir en la región, a través de los Estados Panamericanos:

Consciente de que en las Américas se producen unas 27.500 defunciones anuales por

cáncer cervicouterino, causado principalmente por una infección persistente por algunos de los genotipos del virus del papiloma humano (VPH), y reconociendo que aunque este tipo de cáncer puede prevenirse y controlarse mediante un programa integral de educación sanitaria, tamizaje, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos, sigue produciendo mortalidad prematura y afectando desproporcionadamente a las mujeres de estratos económicos bajos, resaltando las inequidades sanitarias en la Región.⁵⁵

Esta resolución retoma directrices de la escala global, instando a los estados de la región a tomar las medidas propuestas sobre unos cuerpos específicos, que son aquellos provistos de úteros por tanto, es un documento dado en una lógica centro - periferia de carácter global – regional urbano- rural con discursos de control e intervención anclados en los cuerpos de la mujeres, sin dejar de lado relaciones de raza y clase. El documento continúa:

La Organización Panamericana de la Salud, junto con la Alianza Mundial para la Prevención del Cáncer Cervicouterino, ha estado evaluando métodos innovadores para el tamizaje del cáncer cervicouterino y el tratamiento de las lesiones precancerosas y ha generado nuevos datos científicos y nuevos conocimientos sobre estrategias costo efectivas que puedan mejorar enormemente los programas de prevención, sobre todo en entornos de bajos recursos, y que la OPS ha estado apoyando la toma de decisiones con bases científicas por los países con respecto a la introducción de las vacunas contra el VPH; (...) Consciente de que hace falta desplegar más esfuerzos para que las vacunas contra el VPH sean más accesibles a las poblaciones más pobres.⁵⁶

Esta resolución, en su desarrollo de escasas pero contundentes cuatro páginas, resalta el marco internacional engranado con la OMS, decretando a los Estados, que enuncian de manera colonial como las Américas, intervenciones de tipo salubrista y del farmacopoder enfocadas en la población femenina, racializada y empobrecida. La enunciación de la región muestra una antigua alianza entre el método científico y la colonialidad para la intervención del cuerpo de las mujeres; el útero se concibe como un órgano intervenible, que además esencializa al sujeto mujer, como ya se revisó en el primer capítulo. El ojo

⁵⁵ Resolución CD48.R10 “Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Este documento retoma la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención y el control del cáncer” p. 1 Disponible en:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=329-resolucion-cd48-r10-control-cancer-cervicouterino-9&category_slug=cancer-982&Itemid=965

⁵⁶ Resolución CD48.R10 “Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Este documento retoma la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención y el control del cáncer” p. 2 Disponible en:

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=329-resolucion-cd48-r10-control-cancer-cervicouterino-9&category_slug=cancer-982&Itemid=965

auscultador de la ciencia que se basa en un su principio de objetividad, examina los cuerpos para conformar un orden jerárquico a través de su supuesta distancia y racionalidad. (Vargas-Monroy, 2007)

La ciencia ha jugado un papel central al momento de constituir la idea del Otro, la normalidad ha sido construida a partir de ideales blancos, binarios y que reproducen la matriz heterosexual, aquello que salga de este canon se convierte en desviado, salvaje, o monstruoso. Esta jerarquización de los sujetos, se vio apoyada por un proceso de colonialidad, es decir, a partir de la dominación por medios culturales que reforzaron la idea del hombre blanco como norma. En este sentido, Vargas-Monroy (2007) discute la relación entre lo que Donna Haraway llama testigo modesto, representado por la figura de Robert Boyle (hombre blanco, heterosexual y europeo que se constituyen en el modelo del sujeto científico), y lo que Santiago Castro-Gómez denomina la *hybris* del punto cero. Mientras que el testigo modesto, señala Vargas-Monroy “se trata ante todo de la construcción de una mirada, de un testimonio, que garantiza su objetividad a través de la autoinvisibilidad que la modestia permite” (Ibíd.: 27); el punto cero de observación que propone Santiago Castro-Gómez como lugar neutro, permite el conocimiento objetivo y universal del mundo. El punto cero de observación que se da a partir de la salida del sujeto de la narrativa del proceso de conocimiento, se posiciona como criterio para la creación del conocimiento y es asimilado por los teóricos ilustrados, quienes a partir del lenguaje científico que se creía universal y objetivo, posibilitaron el control sobre las poblaciones colonizadas a través del discurso científico, específicamente en Colombia entre los años 1750-1816.

En la medida en que el trabajo de Santiago Castro-Gómez busca examinar “la Ilustración como un *ensemble* de discursos enunciados tanto en el centro como en la periferia colonial americana. (...) al creerse en posesión de un lenguaje capaz de revelar el “en-sí” de las cosas, los pensadores ilustrados (tanto en Europa como en América) asumen que la ciencia puede traducir y documentar con fidelidad las características de una naturaleza y una cultura exótica.” (2005:14). Se dedicará a su desarrollo a partir de la interpretación que desde Colombia se le da a la Ilustración, donde la ciencia toma un nuevo sentido, con lo que llegará a la constitución del discurso de limpieza de sangre, así como el prejuicio de

blancura que sustentan la jerarquía racial y discriminación al acceso del conocimiento, que conforma un discurso científico de orden colonial.

Así, la ciencia, en medio de su discurso de imparcialidad, se encargará de determinar al Otro a partir de su género, raza y clase. En el caso de las mujeres blancas serán determinadas como lo Otro, opuesto a lo activo, mientras que las mujeres negras o indígenas serán puestas dentro del aura del salvajismo y la contaminación, como sostiene Mónica Eraso a partir de los tratados médicos de Jean Astruc

por medio de su diagnóstico proto-epidemiológico, inscribe a los mismos cuerpos que habían sido racializados a partir del uso del discurso de la limpieza de sangre en las colonias (indios, negros, mestizos, pardos) en cuerpos contagiosos y patologizados ahora por el discurso médico. Pero aún hay más: su relato sitúa a las mujeres indígenas y africanas, narradas en el siglo XVI como portadoras de una lujuria sólo comparable a la de los animales o a la de las prostitutas, como portadoras del germen de destrucción de la vida. (Eraso, 2015: 64).

La Resolución CD48.r10, al considerar que el cáncer de cuello uterino se localiza en las mujeres empobrecidas y racializadas de las Américas, actualiza y hace evidente el discurso colonial que jerarquiza los cuerpos a partir de su geografía y sus condiciones materiales y culturales, promoviendo la intervención científica y estatal en unos cuerpos específicos, que son precisamente los cuerpos de estas mujeres:

Resuelve: Instar a los Estados Miembros: a) a que aprueben el marco de la estrategia y el plan de acción regionales para la prevención y el control del cáncer cervicouterino, ideado para mejorar la capacidad de ejecución sostenida de los programas integrales de prevención y control del cáncer cervicouterino, con la meta de reducir la incidencia y la mortalidad⁵⁷

⁵⁷ Resolución CD48.R10 “Estrategia y plan de acción regionales sobre la prevención y el control del cáncer cervicouterino. Este documento retoma la resolución de la Asamblea Mundial de la Salud sobre la prevención y el control del cáncer” p. 3 Disponible en:

Aquí vemos cómo la función de este documento es justificar programas que mejoren la calidad de vida de la población y disminuir la mortalidad, por lo que continúa con la intención de implementar estrategias que van de la mano a procesos políticos sobre la vida, reproduciendo el discurso biopolítico, cada documento institucional está diseñado para reforzar al anterior a partir de la apelación al método científico. De manera que con continúa instando:

d) a que emprendan estrategias de comunicación social apropiadas para aumentar la concientización sobre los factores de riesgo del cáncer cervicouterino y su carácter prevenible entre los adolescentes y las mujeres, e involucrar a las comunidades en las campañas de prevención del cáncer cervicouterino, haciendo hincapié en el empoderamiento de las mujeres pertenecientes a grupos desfavorecidos y vulnerables, en especial las indígenas⁵⁸

Por otro lado, el testigo modesto, sujeto hablante e invisibilizado, desde el poder saber se encarga de despojar al sujeto a intervenir, en primer lugar, a partir de su discurso colonial, luego a través de la lupa de la clase y la raza para finalmente aterrizar en el cuerpo de la mujer que se muestra como despojada por sus condiciones materiales. Esta proyección que tiene el documento enfocado en la inminente necesidad de intervenir desde el biopoder y el farmacopoder a estas mujeres, con el fin de prevenir el cáncer cérvico uterino en la región, invalida a todas luces a las mujeres a las que hace referencia, situándolas como mujeres que deben ser “empoderadas”, habilitadas para cuidar de sí mismas.

Las teorías feministas, como las expuestas por Haraway (1995) y Harding (1995), han mostrado cómo el conjunto de dicotomías como razón-emoción, mente-cuerpo, cultura-naturaleza, objetividad-subjetividad, etc., configuran una relación de dominación donde la primera característica prima sobre la segunda. El primer elemento que proponen estas autoras, está asociado a lo masculino – racional - europeo, mientras que el segundo está relacionado con lo femenino – emocional - subalterno. El otro femenino, ha sido tradicionalmente ubicado como objeto de conocimiento e intervención, excluido de la

http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=329-resolucion-cd48-r10-control-cancer-cervicouterino-9&category_slug=cancer-982&Itemid=965

⁵⁸ *Ibíd.*

definición de las formas de conocimiento. . Vargas-Monroy, en su trabajo de investigación doctoral *Lógicas científicas /coloniales del conocimiento, Una crítica al testimonio modesto desde territorios de frontera*, discute que esta lógica en su ejercicio de subalternización es similar a la lógica que acompaña la gesta colonizadora, y que, por tanto, se podría pensar como una lógica científico – colonial, que implica la construcción de límites entre unos sujetos para quienes el conocimiento es potestad, y otros que quedan excluidos de su producción y son definidos como objetos de conocimiento e intervención.

El Plan Nacional para el control del Cáncer es un documento redactado por el Instituto Nacional de Cancerología apoyado por el Ministerio de Salud y Protección Social que busca dar cuenta del cáncer como una problemática en salud que afecta a la población colombiana, y a la vez plantea las medidas para prevenir y contrarrestar la enfermedad. El Plan que se presenta es una actualización del que se publicó en el año 2009. De acuerdo al plan, el cáncer es considerado como una enfermedad crónica que necesita planes de intervención urgentes para que se vean resultados a largo plazo. Este documento está dirigido a los actores del sistema de salud del país (EPS, entes territoriales, administradores del régimen contributivo y subsidiado) y adopta la anterior resolución.

Ahora bien, en relación al cáncer de cuello uterino se establece una meta para la reducción de la mortalidad por dicho padecimiento ligada a los lineamientos dados desde OMS y OPS. En primer lugar, contextualiza el cáncer en Colombia a partir de la situación epidemiológica afirmando que: "En adultos, las principales localizaciones de cáncer en hombres son el cáncer de estómago, pulmón, próstata, colon y recto, mientras que en mujeres son el cáncer de cuello uterino, mama, estómago y pulmón"⁵⁹. El cáncer de cuello uterino es el que tiene mayor índice de mortalidad en mujeres, lo que perpetúa la patologización del útero como el órgano que aloja y encubre la enfermedad venérea, como se señala en la investigación de Eraso (2015), previamente revisada, reviviendo el *malignum uteri*.

⁵⁹ Plan Nacional para el Control del Cáncer 2012-2020 . p. 12 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf> (Consultado 20/09/17)

De igual manera, contextualiza la enfermedad a partir del territorio nacional, identificando quienes son las principales afectadas por el cáncer de cuello uterino y otros tipos de cáncer, lo que curiosamente arroja es que son quienes viven en zonas rurales y pertenecen al régimen subsidiado los que se ven proporcionalmente más afectados. La prevalencia del cáncer, de acuerdo con lo anterior, muestra una relación proporcional entre el cáncer de cuello uterino, la ruralidad y la clase, lo que quiere decir que son los sujetos con ingresos económicos bajos y con actividades agrícolas y ganaderas, las que terminan siendo víctimas de la enfermedad y establece que:

En nuestro país, la variación geográfica de la mortalidad por cáncer también ha sido descrita para los principales cánceres. Así, se observan patrones claramente definidos en la mortalidad por cáncer de estómago que muestra mayor riesgo en la zona Andina y las cordilleras. En cáncer de mama donde el mayor riesgo coincide con los grandes centros urbanos y en cáncer de cuello uterino mujeres con mayor riesgo son las habitantes de departamentos alejados, zonas de frontera y riveras de los grandes ríos. También se presentan diferencias y desigualdades en el comportamiento de distintos cánceres. Así por ejemplo, el cáncer de cuello uterino afecta principalmente a las poblaciones más alejadas y pobres como a mujeres del régimen subsidiado; a su vez, casi un 50% de las defunciones del cáncer de mama corresponden al régimen contributivo⁶⁰

Lo anterior concuerda con previas investigaciones sobre el cáncer de cuello uterino en Colombia, en las que se evidenciaba la falla en el proceso de prevención y tratamiento del virus del papiloma humano en las mujeres rurales que no tenían la posibilidad de asistir a los controles debido a que vivían en zonas alejadas de los centros de salud, y no tenían los medios económicos para trasladarse a los espacios urbanos. (2007) El enclave que se da entre clase, ruralidad y enfermedad reproduce procesos coloniales respecto a las condiciones de vida de los sujetos y la forma en que el Estado interviene o no en sus cuerpos. Pues es preciso recordar que, a su llegada, los españoles no sólo buscaron el dominio de la tierra, sino que implantaron una forma de dominación, colonialidad que se caracteriza por “la dominación por medios no exclusivamente coercitivos. No se trataba sólo de reprimir físicamente a los dominados, sino de conseguir que *naturalizaran* el imaginario cultural europeo como única forma de relacionarse con la naturaleza, con el mundo social y con la subjetividad.” (Castro-Gómez, 2005:63).

⁶⁰ Ibídem

La colonialidad no sólo implicó la fundación del imaginario de blancura en el que se creía que aquello que venía de la raza blanca era bueno, sino que además fundó una cuestión de privilegios económicos para los criollos y españoles que les permitió tener acceso a los mejores condiciones de vida sostenidas bajo la creciente burguesía, así quienes no fueran blancos, no viviesen en centros urbanos y carecieran de ingresos económicos elevados, serían catalogados como salvajes o ignorantes, sin tener en cuenta el límite de sus condiciones materiales. Circunstancias que se actualizan a través de discursos biopolíticos que se enfocan en programas salubristas positivistas estatales, centrados en poblaciones que enuncia como vulnerables y patológicas, todo lo anterior en pro del progreso de las regiones que habitan.

Para cumplir con sus objetivos, el Plan Nacional para el Control del Cáncer proyecta “Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino a 6.9 por 100. 000 en 2020. Sostener las coberturas de tamización con citología de cáncer de cuello uterino, en los tres años, en al menos el 76% de la población objeto (mujeres de 25 a 69 años). Garantizar el acceso oportuno a confirmación diagnósticas y tratamiento de lesiones cervicales de alto grado al 100% de mujeres”⁶¹. Estos programas de control y prevención se ajustan a la intervención de la población propia de la sanidad en pro de la reproducción y/o la producción, replicando el discurso biopolítico, sin embargo contempla una particularidad, pues este documento insta a “Adelantar estudios para la introducción de la vacuna de VPH en el marco del SGSSS”⁶².

Lo que indica que la exposición sobre el cáncer cervical como un peligro para las mujeres, también tiene como propósito allanar terreno para la entrada de la vacuna al sistema de salud; introduciendo a los cuerpos dentro de un orden farmacopornográfico donde se consume el dispositivo de control y vigilancia.

La Resolución CD48.r10 y el Plan Nacional Para el Control del Cáncer son documentos en

⁶¹ Plan Nacional para el Control del Cáncer 2012-2020 p. 32 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf> (Consultado 20/09/17)

⁶² Plan Nacional para el Control del Cáncer 2012-2020 p. 53 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf> (Consultado 20/09/17)

los que se entroncan y articulan varios discursos en torno a la construcción del cuerpo de las mujeres, enmarcados dentro de procesos gubernamentales que hacen parte de la agenda internacional de los Estados, que aún localizan a los sujetos a partir de herencias coloniales respecto a las posibilidades de acceso a la sanidad. Así vemos cómo va transformándose un discurso biopolítico que adapta la necesidad de intervención de los cuerpos según el territorio y se aúna a cuestiones de raza y clase.

Por otro lado, es muy importante no perder de vista cómo este documento del Plan Nacional para el Control de Cáncer no sólo adopta los lineamientos de la resolución, sino que reproduce sus discursos; la importancia de esto reside en que ambos documentos son de naturalezas distintas, por un lado, la resolución es un documento de ordenamiento para la región, mientras que el plan nacional es el conglomerado de varios estudios estadísticos de instituciones del país; estadísticas que terminan reproduciendo el discurso de localización geográfica, raza y clase del *malignum uteri*, ya enunciados en la resolución. Además, ambos documentos están escritos desde el lenguaje científico que se piensa a partir del criterio de objetividad, como señalan tanto Haraway como Castro-Gómez. Cabe recordar que el testigo modesto es construido bajo la idea de imparcialidad en un aparecer ocultándose, fuera de toda influencia de su propia mirada. Los estudios feministas de la ciencia resaltan que, al abrigo de esta subjetividad modesta, se construyó la ciencia ilustrada. Ocultando para su producción determinaciones de género y raza (Vargas-Monroy, 2007:51).

La subjetividad científica es un medio de dominación, es la cara positiva de la gubernamentalidad de los cuerpos, pues el desarrollo de un lenguaje científico que supuestamente suprime su lugar de enunciación en un contexto, se posiciona como la vía para la conformación de verdades evidentes por sí mismas, siendo capaz de describir y clasificar los objetos del mundo, otorgando un juicio veraz sobre las causas y hechos de la naturaleza y la sociedad. El criterio de objetividad en el que se cimienta este discurso, termina por consolidarlo como un conocimiento hegemónico que tiene una validez universal. La vacuna contra el VPH se promueve desde el organismo de salud de mayor relevancia mundial, que se erige sobre un discurso científico basado en el criterio de objetividad; organismo que representa la autoridad en los lineamientos de protección,

preservación y mejoramiento de la salud de la población, por lo que, para sus Estados miembros supone el aval para la intervención de su población de mujeres a partir de la vacunación de manera que los Estados al implementar estos lineamientos sobre los cuerpos de mujeres, aplican una lógica gubernamental en la que la modificación de los sujetos está avalada por la autoridad que constituyen los organismos multilaterales. Lo que me lleva a deducir que, dada la posición de autoridad que ocupan estos organismos actualizan el testigo modesto del discurso científico colonial, ya no desde el tratado médico, sino desde la institucionalidad global.

La visión de los cuerpos de las mujeres desde el discurso científico colonial, legítima no sólo su intervención, sino que provoca que los discursos biopolíticos y farmacopornograficos se conviertan en un nodo dentro de un orden neoliberal de corte progresista que se valida a partir del discurso del desarrollo. Es decir, como país asumimos lineamientos internacionales sobre las formas en las que debemos desarrollarnos, pero adicionalmente, estos lineamientos establecen las formas como debemos surtir ese desarrollo, esto es, se nos da a conocer la población que debe ser intervenida, en este caso las mujeres. Así, estos dos documentos se engranan en un proceso colonial construido con discursos biopolíticos y del farmacopoder en pro del “desarrollo” de la región, cuyo programa de intervención se ancla en buena medida al cuerpo subalterno de la mujer, racializada y enclasadada. Este aparataje político económico que condiciona la vida será central a la hora de la construcción de la ley, pues la idea es explorar cómo se van validando estos discursos dentro del proceso legislativo.

Este capítulo se caracteriza por dos momentos. El primero es metodológico, en vista de que mi intención es que quien se acerque a él vislumbre las relaciones de saber-poder que se dan a partir de un archivo institucional. La selección de archivo fue central en esta investigación, llegar a tejer las relaciones que se dan entre instituciones fue importante para mostrar que el problema se da en dos escalas, una global y otra local, entonces, tenía que centrarme en los fragmentos que daban cuenta de las relaciones de saber-poder de organismos globales que ejecutan sus propósitos a partir de las agendas de los ministerios, y en este caso, también del congreso colombiano.

Ahora bien, al entrar al análisis de los documentos vinculantes de los organismos internacionales como ONU- OMS – OPS, pude vislumbrar la forma en que estos organismos configuran el mundo a partir las afirmaciones que contiene sus discursos.

Además encontré cómo los ODM, la Resolución CD48.r10, los CONPES 91 y 140, y el Plan Nacional Para el Control del Cáncer, con el fin de intervenir y prevenir el cáncer de cuello uterino se enmarcan dentro de un lógica biopolítica desarrollista, que ya había sido considerada dentro del marco teórico, además, estos en su afán de localizar la política en salud dentro del contexto colombiano, la aterrizan con afirmaciones que reproducen un ejercicio de colonialidad sobre los cuerpos de las mujeres.

4. ÚTEROS DEL ESTADO

En el tercer capítulo hice el rastreo y conexión de los documentos y discursos internacionales vinculantes, con los cuales, los lineamientos sobre la intervención del *malignum uteri* se apropian en el país. Analicé también cómo estos documentos y discursos se entroncan y se reproducen en planes y documentos nacionales que están enfocados en la salud sexual y reproductiva, en la salud materna y el control de cáncer de cuello uterino.

La trazabilidad de estos documentos me condujo hasta el poder legislativo colombiano, más específicamente hasta el proyecto de ley 028 de 2011 *“por medio del 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”*, que posicionó la pertinencia de introducir dentro del PAI la vacuna contra el VPH y reproduce los discursos: médico biopolítico de orden salubrista, de Úteros del Estado y del farmacopoder al tomar como sustento científico-técnico el Plan Nacional para el Control de Cáncer, que fue discutido anteriormente.

El discurso médico de orden salubrista se enuncia desde una institución de salud, ya sea global o local, con un sustento científico-técnico, que tiene por objetivo el mejoramiento de la salud de poblaciones, a partir de la sinergia entre la estadística y las ciencias médicas, descrita en el apartado llamado “Biopolítica: las regulaciones de la población”. El discurso de configuración de Úteros del Estado se presenta como la enunciación por parte del Estado con el fin de implementar programas y políticas en salud encaminados a la prevención, promoción y mantenimiento de la salud sexual y reproductiva de cuerpos de niñas, adolescentes y mujeres, configurados como heterosexuales y reproductores. Finalmente, el discurso del farmacopoder se enuncia desde una institución, desde una corporación, desde algún organismo del Estado o de alianzas entre estos e incluye una modificación biomolecular en el cuerpo de sujetos o poblaciones a partir de sustancias producidas por la industria farmacéutica.

En este capítulo haré la revisión de los documentos seleccionados según la metodología

expuesta arriba con el propósito de hacer el seguimiento del desarrollo de los discursos de esta ponencia, hasta que la vacunación contra el VPH se convierte en una obligatoriedad para un sector específico de la población en el marco de la Ley.

Dicho proyecto de ley se encuentra registrado en la gaceta número 820 del 03 de noviembre del 2011. Después del recorrido documental que he hecho, sólo hasta el momento que me introduje en éste, encuentro que para trazar el objetivo de disminuir el cáncer de cuello uterino, la intervención en los cuerpos es motivada principalmente por la legislación que promulga por el derecho a la salud y la calidad de vida de la niñez. Estos es, dentro de los argumentos legales, el que se presenta con más fuerza es la “Ley 12 de 1991 la cual propende por los derechos de los niños, apelando a la adherencia de Colombia a la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989”. Esta es la razón para que el marco legal de este proyecto de Ley se base en gran medida en el artículo cuarenta y cuatro de la constitución colombiana, que hace alusión a los derechos de la niñez e inscribe el proyecto de ley dentro de un marco garantista de este segmento de la población. De modo que:

Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.” (...) Según nuestra Constitución, los derechos de los niños prevalecen sobre los derechos de cualquier otra persona; lo cual circunscribe el actual proyecto de ley dentro de un marco garantista de este segmento de la población colombiana ⁶³

En el momento que me acerqué a este documento de gaceta, me debatía entre un discurso que infantiliza a la mujer y/o sexualiza la infancia. Para esclarecer lo anterior, comparé la práctica de vacunación con otras vacunas que están dentro del PAI, como lo son las vacunas contra el polio o la meningitis, éstas en efecto cumplen con el objetivo de proteger la salud de la infancia, pues estas enfermedades sí se desarrollan en este periodo de la vida y, en efecto, pueden tener secuelas motoras y cognitivas en la edad adulta del niño o niña afectados. En este sentido, **teniendo en cuenta que, primero, se adquiere el virus del VPH cuando hay contacto sexual, y segundo la enfermedad de cáncer de cuello uterino se desarrolla en la edad adulta de la mujer, me pregunto ¿cómo una práctica de**

⁶³Gaceta 820. “Proyecto de ley”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 03 de Noviembre de 2011. p. 3

vacunación contra el VPH puede garantizar la salud, la vida, la integridad física de los niños —según el artículo cuarenta y cuatro de la constitución colombiana—?

Lo anterior, a la luz de que la niñez va de 0 a 12 años y la adolescencia de 12 a 18 años para el Estado Colombiano. Por tanto, aún si esta vacuna fuese efectiva y segura, no constituye un aporte para prevenir el virus, ni para atenuar la carga de la enfermedad de cáncer de cuello uterino en la niñez, *ergo*, no está garantizando el bienestar de los niños y las niñas del país; a menos que el poder legislativo considere el inicio de la vida sexual en la infancia, como en el caso que se presenta en el inicio de la *Historia de la sexualidad*.

Ahora bien, si tenemos en cuenta que la vacuna, como expuse en el segundo capítulo, es el epicentro de discusiones y demandas que ponen en tela de juicio su seguridad y efectividad, presentando graves reacciones adversas incluso la muerte a sujetos con enfermedades autoinmunes en su grupo familiar. En ese caso, un proyecto de ley dirigido a la intervención con esta vacuna a la población infantil que no ponga lo anterior en consideración, estará vulnerando precisamente la salud e integridad de esta población y, por tanto, estará incumpliendo el artículo cuarenta y cuatro de la constitución; todo esto teniendo en cuenta, que los niños en Colombia no tienen mayor potestad sobre sus cuerpos, y que quienes toman las decisiones sobre estos son los adultos.

Este proyecto de ley tiene como objeto principal garantizar la vacunación gratuita y obligatoria a la población de niñas entre 9 y 12 años contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). También pretende la adopción de medidas integrales que permitan la prevención, detección temprana, tratamiento oportuno, seguimiento, control y atención de las infecciones del Virus de Papiloma Humano, condición determinada como necesaria para el desarrollo del cáncer de cuello cérvico uterino, y así, minimizar las consecuencias para la salud de las mujeres, y disminuir sus repercusiones en el sistema de salud pública, mediante la actualización del Programa Ampliado de Inmunización.⁶⁴

Es de anotar entonces, que después de que el proyecto de ley se sustenta en un discurso del Estado como protector de la niñez, sin diferenciar entre niños y niñas, al momento de su enunciación segmenta la población a intervenir con la vacuna contra el VPH, en las niñas entre 9 y 12 años. Retomando a Preciado (2008), el género del siglo XXI funciona a través de los dispositivos de subjetivación técnica, en el que la certeza de ser hombre o mujer son

⁶⁴ Gaceta 820 “Proyecto de Ley 028.” Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 03 de Noviembre de 2011. p.1

producto de la ficción somatopolítica que opera a través de un conjunto de ecologías políticas, de tecnologías blandas y micropolíticas que tienen como fin domesticar el cuerpo y programar la subjetividad dentro de un modelo de identidad de género con sexualidades fijas; así, terminamos siendo hombres y mujeres de laboratorio. El hecho de que la ley, en un primer momento, concibe a la niñez sin especificar su género y que el Estado se presenta como protector de la niñez en general, supondría que la vacunación se implementaría indistintamente para niñas y niños, en vista de que ambos serían potenciales portadores del virus, sin embargo, la ley especifica que la población a intervenir son las niñas entre 9 y 14 años, sin hacer una discusión aguda al respecto. Esta determinación frente a la cobertura en vacunación concreta la implementación de la política de vacunación exclusivamente a la población infantil provista de úteros, a saber, las niñas y adolescentes, definiendo la vacuna como una tecnología de género puesta a circular por el Estado, con el fin último de modificar biomolecularmente los cuerpos a partir de su previa concepción como femeninos, heterosexuales y reproductores, confirmando mi deducción de que se da un discurso en clave Útero-Estado.

Consecuentemente, el proyecto de ley apela a los principios del SGSS al cuidado de la mujer en edad reproductiva y a discusiones internacionales de tipo técnico de organismos como la OPS que ya he mencionado; en este caso, hacen alusión a la reunión de Enfermedades Prevenibles por Vacunación de la Organización Panamericana de la Salud, que se llevó a cabo en Guatemala entre el 25 al 27 de julio de 2006, resaltando el número de defunciones y el costo que conllevan para la región los exámenes diagnósticos y el tratamiento del cáncer de cuello uterino, además la propuesta retoma los lineamientos internacionales asumidos por Colombia, para que a través de la obligatoriedad de su cumplimiento, se asegure el financiamiento de la compra de la vacuna.

Tal como se estudió en el acápite del Marco Legal y Constitucional, las obligaciones que tiene esta iniciativa parlamentaria ya han sido suscritas por el Estado colombiano en los diferentes instrumentos internacionales vinculantes ratificados por este congreso y sancionados como leyes de la república; por lo tanto, no es dable concluir que la vacunación gratuita a la población infantil objeto de este proyecto de ley, acarrea nuevas obligaciones fiscales que no estaban contempladas, o por lo menos, debían estar ya

contempladas dentro nuestro ordenamiento jurídico vigente⁶⁵

Este es el estatuto de la sociedad contemporánea, ya no estamos siendo solamente pensados como un cuerpo sexual productor y reproductor, sino que estamos siendo contruidos como consumidores globales de modificadores corporales. Frente a esto, es necesario reconocer que estas nuevas formas de gobierno y aparatos de verificación las hemos inventado y gestionado nosotros mismos, somos al mismo tiempo sujeto y objetos de gobierno.⁶⁶

Durante el siglo XX, período en el que se lleva a cabo la materialización farmacopornografica, la psicología, la sexología, la endocrinología han establecido su autoridad material transformando los conceptos de psiquismo, de libido, de conciencia, de feminidad y masculinidad, de heterosexualidad y homosexualidad en realidades tangibles, en sustancias químicas, en moléculas comercializables, en cuerpos, en biotipos humanos, en bienes de intercambio gestionables por las multinacionales farmacéuticas (Preciado, 2008: 32).

Sin duda, el modelo de globalización neoliberal ha llevado a que la lógica mercantil permee los lugares donde antes esta lógica no estaba dada. El actual papel del Estado es generar las condiciones jurídicas y legales para que la empresa privada tenga las bases, el campo dispuesto para medir fuerzas en la actividad denominada libre competencia y expansión mercantil, así se pone en marcha la máquina deseante que provee de goce, pero a la vez asegura en esta misma satisfacción, las restricciones al sujeto que se construye dentro de esta dinámica como consumidor. El triunfo del mercado global es que situó bajo sombrillas estandarizadas a segmentos de la población según su capacidad de consumo, modificación y/o intervención; finalmente, el Estado asegura los escenarios para que dichas transacciones se den a través de programas gubernamentales enmarcados en discursos que propenden por la vida y el desarrollo.

En la gaceta 616 de 18 de septiembre de 2012 se presenta el informe de ponencia para llevar el primer debate del proyecto de ley en el senado. Este además de recoger casi de manera textual lo presentado en la ponencia anterior, alude que para este entonces, la

⁶⁵ Gaceta 820. “Proyecto de Ley 028” Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 03 de Noviembre de 2011. p.6

⁶⁶ Preciado, Beatriz (2013) *¿La muerte de la clínica?* Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs> . Consultado el 18 de Febrero de 2017

Presidencia de la República, en coordinación con el Ministerio de Salud y Protección Social, ya habían puesto en marcha la estrategia de vacunación contra el VPH, anunciando que ese año se administraría la primera de las tres dosis a las niñas de 9 años escolarizadas; el documento justifica la vacunación de 1'696.297 niñas de la siguiente manera:

Así las cosas y teniendo en cuenta que las cifras de morbimortalidad registradas por el Ministerio de Salud y Protección Social y recogidas algunas de ellas en el periódico *El Tiempo* “el cáncer de cuello uterino es el más común entre las mujeres en el mundo y en Colombia 36 de cada 100 mil mujeres sufren este tipo de cáncer, y cada año se registran 6.900 nuevos casos de la enfermedad”, estamos hablando que tenemos una población de 1.275.334 de niñas en eminente peligro de contraer este letal virus.⁶⁷

La clasificación del cuerpo implica la patologización que se encarga de despolitizar al sujeto en tanto que lo convierte en un individuo desde la perversión y el peligro que representa. Posteriormente vendrá la terapéutica, que ve en el enfermo a un cliente, un consumidor, porque presupone que sólo se necesita estar vivo para entrar en la maquinaria farmacéutica, ya que el discurso que proviene de la ciencia no hace más que reforzar la idea que toda actividad es insana: “Del sexo a la comida, de la aspirina hasta la ropa, desde la conducción del coche a la práctica del surf; parece que bajo ciertas condiciones o en combinación con otras sustancias o actividades, si practicas demasiado o demasiado poco, todo te puede llevar a la enfermedad.” (Zola, 1999:9).

El documento continúa presentando algunos apartados del Plan Nacional para el Control del Cáncer 2000-2015, estableciendo la vacunación como una medida viable: “la vacuna contra el VPH puede ayudar a prevenir hasta en un 70% de los cánceres cérvico uterinos, lo cual los convierte en uno de los métodos de prevención de mayor costo-efectividad que existen, junto con la combinación de las citologías y las pruebas moleculares y de ADN.”⁶⁸

A partir del Plan Nacional para el Control del Cáncer desactualizado— en Marzo de ese año ya estaba la actualización de este documento que se proyecta para 2012-2020 el cuál no fue tenido en cuenta por los congresistas—; y un artículo de prensa de *El Tiempo*, se argumentó el flagelo que es el cáncer de cuello uterino. En contraposición, se mostró el

⁶⁷ Gaceta 616 “Ponencia para primer debate proyecto de ley 028”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 18 de Septiembre de 2012. p.18

⁶⁸ Gaceta 616 “Ponencia para primer debate proyecto de ley 028”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 18 de Septiembre de 2012. p.19

alivio que significa para la salud de las mujeres y la disminución del gasto en tratamientos e intervenciones médicas que supone para la salud pública la vacunación de niñas de 9 a 12 años, al prevenir la generación y propagación del *malignum uteri* contemporáneo, por tanto sus consecuencias.

La pulsión social por el constante consumo de atención médica y tecnologías en salud — medicalización de la vida— es transversal a lo largo de la existencia de los sujetos en la medida en que cada periodo está marcado por todo tipo de intervenciones específicas, desde técnicas de reproducción asistida, amplias gamas de tratamientos para el embarazo, recién nacidos, redefinición sexual, tratar la “hiperactividad” propia de la infancia, la menarquia, la menstruación, la menopausia y hasta la muerte; intervenciones para las cuales el aparato de verificación ya no es exclusivamente estatal, ni exclusivamente científico, sino que el mercado participa de forma protagónica.

De esta manera, a medida que el proyecto de ley va surtiendo discusiones, a mi parecer someras, esta legislación va quedando enmarcada en una pretendida forma del Estado como protector de la niñez, ¿pero de cuál niñez?, la que está provista de úteros. Así se va construyendo de forma cada vez más sólida un discurso alrededor de los Úteros del Estado, los cuales deberán ser intervenidos por el farmacopoder con el fin de contener la proliferación del actual *malignum uteri*.

4.1. Discusiones legislativas: decisiones sobre nuestros cuerpos desde el Congreso de la República

Acercarme a este documento me trajo otra pregunta alrededor de la ley: **¿Para qué generar esta ley enfocada en la vacunación contra el VPH a niñas escolarizadas entre los 9 y 12 años, si el propio congreso ya estaba dando cuenta de que el Ministerio de Salud y Protección Social, para ese entonces, había iniciado el proceso de vacunación contra el VPH justamente a estas niñas?** Esta pregunta la retomaré posteriormente cuando exponga, a partir de una cronología de los documentos algunos puntos ciegos sobre la práctica de vacunación respecto a la emisión de la ley.

La Gaceta 736 expone la discusión en el senado de la república sobre los artículos del

proyecto de ley, a los cuales se les propuso hacer unas modificaciones. Esta gaceta muestra la discusión que se dio en el congreso y registra el apoyo a la vacuna a partir de las diferentes voces del congreso.

En primer lugar, la senadora Claudia Wilches hace una aproximación al virus del papiloma humano desde las características de la transmisión. Además, sitúa la preocupación por la propagación del virus y las muertes que se producen por cáncer de cuello uterino, cifras que se basan en el Plan Nacional para el Control del Cáncer que ya ha sido analizado previamente:

“el cáncer de cuello uterino es el más común entre las mujeres en el mundo y en Colombia, treinta y seis (36) de cada cien mil mujeres sufren este tipo de cáncer y cada año se registran seis mil novecientos casos nuevos de esta misma enfermedad. Estamos hablando de que tenemos una población de un millón doscientas setenta y cinco mil trescientas treinta y cuatro niñas en inminente peligro de contraer este cáncer o de tener este virus que será letal para ellas.”⁶⁹

La intervención de la senadora Wilches se destaca porque se sostiene bajo los argumentos de morbi-mortalidad que se presentan en relación al cáncer de cuello uterino, curiosamente, a pesar de basarse en las cifras del Instituto Nacional de Cáncer, éstas resultan alarmantes porque la cifra es inexistente, y, se percibe como una condición de alto riesgo para las mujeres colombianas.

Da continuidad al discurso del Estado protector de la niñez para promover la vacunación contra el VPH, aduciendo que la población que está en inminente peligro son las niñas, asunto que ya se discutió en el proyecto de ley, documento con el que se inicia este capítulo, teniendo en cuenta que la transmisión del virus es de carácter sexual y el desarrollo de la enfermedad se da en la edad adulta.

Esta aproximación del problema de manera tan acotada, condicional y lineal entre el virus y

⁶⁹ Gaceta 736.” Actas comisión séptima. Ponencia para primer debate”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 26 de Octubre de 2012. p.9

el cáncer de cuello uterino casi en estado terminal no sólo evidencia un acercamiento superficial a lo que implica la vacunación, la prevención y la detección temprana, sino que muestra que son las probabilidades estadísticas, la cantidad de muertes, las que resultan preocupantes para el Estado, situando la problemática en un discurso biopolítico anclado a la estadística, es decir, de orden salubrista, que pretende la intervención y modificación del cuerpo-especie.

De igual manera, perpetua el modelo localizado del *malignum uteri* al enunciar los departamentos donde hay mayor prevalencia de la enfermedad, en la medida que basa la intervención con los datos arrojados por el testigo modesto del Plan Nacional para el Control del Cáncer. Esta localización de la enfermedad a partir de los departamentos, dentro de su intervención en el senado, intenta situar la problemática en el territorio nacional, exponiendo al congreso las inequidades propias de la población rural, mencionando las dificultades de esta población para el acceso a los programas de prevención y tratamiento de la enfermedad, frente a aquellas que habitan los espacios urbanos, lo que da cuenta de la desigualdad entre los centros y las periferias, perpetuando la idea de cuerpos enfermos debido a las condiciones económicas y ubicaciones geográficas.

En este sentido, no quiero negar las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentra esta población rural, entiendo que las condiciones materiales de la vida en lugares de periferia dificultan el acceso a programas efectivos de educación sexual y reproductiva. Reconozco que la propia estructura del sistema de Salud colombiano dificulta la detección y tratamientos efectivos en los estadios tempranos de las lesiones precancerosas producidos por el VPH, lo que desemboca en la materialización del cáncer de cuello uterino exponiendo a esta población vulnerada a enfrentar una enfermedad catastrófica en condiciones materialmente desventajosas.

Finalmente, la vacuna representa para el Estado un elemento costo efectivo, que puede significar el camino corto para evitar la carga de la enfermedad en estas condiciones, y también puede evitar otro tipo de intervenciones que demandan más recursos y esfuerzos para obtener los resultados esperados, esto es, un programa integral de educación sexual efectivo y continuo, en el que no sólo se informe de los riesgos de la enfermedad, sino que

desde edades tempranas, incluya prácticas de prevención y promoción como la distribución gratuita de preservativos y la difusión de la importancia del seguimiento periódico de pruebas citológicas, lo que le exigiría al Estado el mejoramiento de la calidad de los laboratorios y profesionales médicos, a los que esta población acude con el fin de obtener diagnósticos y tratamientos oportunos. Esto me lleva a pensar que al Estado colombiano le genera mayores resultados a menores costos, modificar molecularmente a estas poblaciones que modificar estructuralmente el sistema de salud.

A partir de la consideración de las condiciones de la salud sexual y reproductiva de esta población empobrecida y racializada, la senadora Wilches considera como prioridad que “Esta vacunación deberá hacerse teniendo en cuenta las características demográficas, geográficas y culturales de cada entidad territorial”.⁷⁰ Por tanto, eleva al congreso la solicitud de sea incluido este enunciado en el proyecto de ley, proposición reforzada por el senador Ballesteros, quien propone

Agreguemos Senadora Claudia, un párrafo en donde se diga: para lograr la cobertura universal de la vacuna contra el VPH en los términos del artículo primero de esta ley, este se hará de manera gradual e inicialmente se aplicará en aquellos departamentos que se identifique existe mayor riesgo de la aparición del virus.⁷¹

“una segunda proposición es que tiene que ver con la necesidad de que se le dé mayor información (...) Entonces aquí proponemos adicionar un párrafo al artículo segundo, que dice: Párrafo tercero, el Ministerio de Salud y Protección Social en coordinación con la Secretaría de Salud Departamentales, adelantarán campañas masivas de comunicación y educación sobre los graves riesgos del virus del Papiloma Humano, principalmente en aquellos departamentos donde se identifique mayor riesgo de aparición del virus”⁷²

Ahora bien, las averiguaciones de la senadora la llevan a proponer que se considere la vacunación en niños, “puesto que ellos aunque no desarrollarán el virus, si pueden convertirse en agentes portadores, situación que me gustaría, que ya que tenemos aquí en la Comisión varios médicos, nos corroborarán, es la información que nosotros encontramos y consideramos que sería una forma muy efectiva también de apoyar esta importante

⁷⁰ Ibid:10

⁷¹ Ibid:11

⁷² Ibid:11

iniciativa.”⁷³. Esta proposición resulta relevante debido a que implica una reevaluación de la vacunación misma, que desde su ponencia ha sido enfocada a partir del género, a través de un discurso sobre Úteros del Estado. Finalmente, la gaceta cierra el registro del debate con la consideración de la vacunación en niños y niñas, punto que será ahondado y analizado en la gaceta siguiente, de modo que concluye:

Secretario: (...) “Ha sido aprobado, señor Presidente (...) el Proyecto con el título tal como aparece en la ponencia, las modificaciones propuestas por el Senador Ballesteros (...) . Y la modificación de la Senadora Claudia Wilches y de la Senadora Gilma Jiménez Gómez, en el sentido de que se adicione niños y niñas, que quede la claridad de género en el artículo primero⁷⁴

Por otra parte, la senadora Liliana Rendón quien habla de los beneficios de la vacunación a partir de la experiencia de su hija mayor:

“La semana pasada llegó mi niña a la casa vacunada, tiene diez (10) años y la vacunaron en el colegio y llegó feliz, María José contando que había sido vacunada, que todas las niñas del colegio las habían vacunado y que qué importante y les explicaron muy bien de qué se trataba el cáncer y llegó explicándole a la otra niña, a mi otra pequeña niña y la otra niña decía: pero entonces a mí también me la tienen que poner, pero cuando para que a mí no me vaya a dar cáncer, porque tiene siete (7) años”⁷⁵

Lo anterior demuestra la aprobación que tiene la vacunación en ciertos sectores de la población, ya que su hija fue informada sobre la enfermedad y vacunación en el colegio, no obstante, se desconoce qué información se le dio, pero confirma la ejecución de programas de vacunación a niñas de amplios sectores económicos del país. Esto me lleva a preguntarme qué tipo de información se les brindó en el proceso de vacunación a las niñas de El Carmen de Bolívar, y si coincide con lo que se le expuso a la hija de la senadora, pues como ya hemos visto a lo largo del análisis, el discurso sanitario va moldeando según el territorio, la raza y la clase. Lo que se puede afirmar es que tanto la senadora como sus hijas

⁷³ Ibid:10

⁷⁴ Ibid:12

⁷⁵ Ibid:11

son unas consumidoras conformes con el discurso del farmacopoder.

Así, el engranaje Estado—corporación—médico—paciente anima a la sociedad a convertirse en consumidores de los componentes del aparataje de los nuevos sistemas de salud no sólo con el objetivo de curarse, sino también de mantener la salud futura, esto es, exámenes diagnósticos, vacunas, cocteles de vitaminas de la A a la Z, jabones cosméticos con antibióticos, etc., autodisciplina tan importante para que la medicina de la actualidad se establezca como una “institución de control social” (Zola,1999). El discurso oficial de la medicina nos dice que la enfermedad es la latencia de la muerte, y en una sociedad obsesionada por el elixir de la vida, la belleza y la juventud, no se quiere que el cuerpo se desgaste ni muera, esa es una de las ideas que las instituciones concernientes a la salud, repiten como parte de su discurso para justificar su proceder.

En ese mismo orden de ideas, Paul B. Preciado ha desplazado la imagen del sistema disciplinar de la clínica y nos ha ayudado a pensar la mutación que tomaron las instituciones tradicionales al entroncarse con el Estado, creando alianzas estratégicas mercantilistas, las cuales propician otro tipo de prácticas, de técnicas de gobierno del cuerpo y de aparatos de verificación en los que ocupamos no tanto el papel ya de sujetos productores y reproductores de la industrialización sexual, sino que también ocupamos el papel de consumidores: “No. No es el poder el que infiltra desde fuera, es el cuerpo el que desea el poder, el que busca tragárselo, comérselo, administrárselo, metérselo, más, cada vez más, por cada orificio, por cada vía posible de aplicación. Hacérselo con el poder. «fóllame», dice el cuerpo mientras busca formas de autocontrol y autodeterminación” (Preciado, 2008:136).

La Gaceta 736 recogía la discusión y las propuestas de modificación del proyecto de ley, entre las que se destaca la inclusión de los niños como sujetos a vacunar contra el VPH, el análisis de esta proposición quedó latente líneas atrás, con el fin continuar con el hilo conductor que muestra cómo fue acogido este cambio. La Gaceta 922 del 11 de diciembre

de 2012 pretende presentar el texto aprobado que se da después del debate en el senado. Sin embargo, es importante señalar dos cambios relevantes en el primer artículo del proyecto de ley aprobado en esta instancia. Primero, la población a intervenir cambia de niñas de 9 a 12 años a niñas escolarizadas entre los grados cuarto primaria y séptimo bachillerato, modificación en la que la población a vacunar se desplaza de edad a un equivalente de grado de escolaridad lo que puede tener justificación en los criterios de cobertura para facilitar la administración de la vacunación desde el colegio, sin embargo esto deja ver una naturalización disciplinaria a partir de equivalencias entre grados de escolaridad y la edad promedio. Esto dará alcance a la población de adolescentes que esté en estos grados de escolaridad.

Segundo, es de anotar que la propuesta de la Senadora Wilches de incluir en el proyecto de ley a los niños entre 9 y 12 años en este programa de vacunación, **no haya quedado a pesar de haber sido aprobada en la sesión del congreso**, tal y como lo dejó registrado el Secretario en la página 12 de la Gaceta 736, punto de donde traigo esta discusión. En este punto aclaro que dicha propuesta es borrada, ya que en ninguna gaceta se incluye a los niños dentro de los textos de conciliación, sin que tampoco haya quedado algún registro de un debate o texto que evidencie la justificación de tomar ésta decisión de exclusión de sexo. Este proceso de borradura sin ninguna explicación explícita se contrasta con la prioridad de género, por inmunización de efecto rebaño, establecidos por OMS. En contraposición, en el texto sí se rescatan las precisiones del senador Ballesteros sobre campañas educativas sobre el virus del papiloma humano, por ende, es prudente denunciar quienes son las voces válidas, o el acontecimiento de estos procesos de borradura. A continuación, los fragmentos de relevancia para el análisis del proyecto aprobado en la instancia del Senado.

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. El Congreso de Colombia DECRETA:

Artículo 1°. El Gobierno Nacional deberá garantizar la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), de manera gratuita a todas las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria.

(..) Parágrafo 2°. Para lograr la cobertura universal de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en los términos del artículo 1° de esta ley, esta se hará de manera gradual e, inicialmente, se aplicará en aquellos departamentos donde se identifique que existe mayor riesgo de la aparición del virus, según reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional, atendiendo entre otros, criterios de prevalencia y costo efectividad, así como la concordancia con el marco de gastos de mediano plazo.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales, adelantarán campañas masivas de comunicación y educación sobre los graves riesgos del Virus del Papiloma Humano, principalmente, en aquellos departamentos donde se identifique mayor riesgo de aparición de dicho virus.⁷⁶

Aunque las afirmaciones de la senadora Wilches apelaron a un discurso científico que para los senadores resultó válido y fue refrendado en dicha sesión, la evidente elisión mencionada conlleva a preguntarse qué tan informados estaban los senadores sobre los marcos globales de la OMS que ya contemplaban la engenerización del programa de vacunación, pues la vacunación contra el VPH para hombres no es recomendada como una estrategia prioritaria, especialmente en países con limitaciones económicas, dado que la evidencia disponible indica que se debe priorizar la reducción del cáncer de cérvix a través de programas eficaces y con altas coberturas de vacunación en niñas. La razón por la cual los programas de vacunación desde OMS-GAVI-OPS están dirigidos a la población femenina se justifica con el fin de lograr lo que se conoce como efecto rebaño de inmunización. La científica colombiana Alba Lucía Cómbita Doctora en Bioquímica y Dra en Ciencias de la vida y la salud con énfasis en virología, Líder del grupo de investigación del VPH y cáncer de cuello uterino en el Instituto Nacional de Cancerología confirma esta deducción al afirmar:

Pero, lo interesante también es que se ha observado, por ejemplo en algunos estudios en Australia, lo que llaman la protección en rebaño. Entonces esta protección quiere decir que vacunaron todas las niñas adolescentes y ya después cuando las niñas comenzaron a tener actividad sexual, entonces tomaban sus parejas y analizaban la frecuencia de VPH en niños, y los niños pues no eran niños obviamente vacunados, entonces se vio que la frecuencia de las infecciones por VPH en estos niños, disminuyó, o sea que la vacuna tiene un efecto rebaño, o sea que aunque no se estén vacunando directamente a los niños, de todas maneras

⁷⁶ Gaceta 922 “Texto de conciliación en el senado de la república”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 11 de Diciembre 2012. p. 36

la frecuencia disminuye de VPH en hombres”⁷⁷

En conclusión, el efecto o protección rebaño es el descenso en las tasas de infección entre los sujetos no inmunizados que se produce cuando una masa crítica de sujetos en una comunidad se inmuniza contra una enfermedad contagiosa, en este caso, **la “masa crítica” vacunada serán niñas y mujeres adolescentes entre los 9 y 26 años de edad**, según los estudios clínicos realizados por las casas farmacéuticas. Luego ampliaron el grupo etario a los 45 años.

Por tanto, lo que desconocía la Senadora Wilches es que la vacuna es una tecnología de género diseñada para que las mujeres, que son las que mayor carga de enfermedad y tasa de muertes representan por cáncer asociado al virus del papiloma humano, dejen de contagiar con sus úteros, y prácticas sexuales a los hombres que solo son el vector del virus, reproduciendo la idea de Eraso, en la que el cuerpo de las mujeres es el origen del mal venéreo, mientras que los hombres son receptores pasivos, demostrando la continuidad del *malignum uteri*, mismo que ahora pretende ser detenido por el farmacopoder de mano del Estado, respondiendo a las lógicas gubernamentales en las que se alían los intereses privados con los lineamientos internacionales en torno a la población.

4.2 Ley 1626: Decreta una tecnología de género sin el perjuicio evaluado para las mujeres colombianas

A medida que el proyecto de ley con la propuestas mencionadas va avanzando en las instancias del Senado, la Gaceta 115 del 21 de Marzo de 2013 compila en un esquema el articulado inicial del proyecto de ley las modificaciones que fueron aprobadas en los debates; se señala que en dicho cuadro de conciliación en lo que respecta a la inclusión de

⁷⁷ Entrevista: Alba Lucía Cómbita, Doctora en Bioquímica, Dra en Ciencias de la vida y la salud con énfasis en virología. Líder del grupo de investigación del VPH y cáncer de cuello uterino en el Instituto Nacional de Cancerología. Investigadora para la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer OMS. Pulgarín, Sandra (31 de Marzo de 2016) Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá.

los niños en el programa de vacunación, no está la propuesta de la Senadora Wilches, la cual fue refrendada en pleno por el Senado y que ya se denunció como un proceso de borradura, al no quedar en los cuadros de conciliación de textos, ni en ninguna gaceta está el registro que dé cuenta porqué se toma la decisión de exclusión de esta población. Es en este momento en que el poder legislativo decide cuál va a ser el sujeto a modificar de manera obligatoria, a partir de una ley. La conciliación de textos finalmente termina de configurar la Ley 1626 *“Por medio del 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*

El Congreso de Colombia DECRETA

ARTÍCULO 1°. El Gobierno Nacional deberá garantizar la vacunación contra el Virus del Papiloma Humano de manera gratuita a todas las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria.

Parágrafo. Para su efectivo cumplimiento, el Gobierno Nacional deberá tomar las medidas presupuestales necesarias.

ARTÍCULO 2°. El Ministerio de la Protección Social, o la entidad que corresponda a partir de la vigencia de la presente ley, actualizarán el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

Parágrafo 1°. Se incluirá dentro del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), la vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en el plan básico de vacunación gratuita.

Parágrafo 2°. Para lograr la cobertura universal de vacunación contra el Virus del Papiloma Humano (VPH), en los términos del artículo 1 de esta ley, esta se hará de manera gradual e, inicialmente, se aplicará en aquellos departamentos donde se identifique que existe mayor riesgo de la aparición del virus, según reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional, atendiendo entre otros, criterios de prevalencia y costo-efectividad, así como la concordancia con el marco de gastos de mediano plazo.

Parágrafo 3°. El Ministerio de Salud y Protección Social, en coordinación con las Secretarías de Salud Departamentales, adelantarán campañas masivas de comunicación y educación sobre los graves riesgos del Virus del Papiloma humano, principalmente, en aquellos departamentos donde se identifique mayor riesgo de aparición de dicho virus.

*ARTÍCULO 3°. La presente ley rige a partir de su promulgación y deroga todas las disposiciones que le sean contrarias. * Esta ley se encuentra avalada por los presidentes de Cámara y Senado, así como por los secretarios y por los ministerios de Hacienda y Salud⁷⁸*

Así es como se designa la intervención de niñas escolarizadas en Colombia, instaurando de manera obligatoria una práctica en salud que resulta innecesaria para su edad. Cabe señalar que, aunque la vacuna es implementada para las niñas escolarizadas entre 9 y 14 años sin distinción de clase, en la argumentación y discusión de la ley se proyecta, como ya se analizó, que el principal alcance del programa de vacunación debe ser la prevención del virus en la población de niñas de lugares de mayor incidencia de la enfermedad y en condiciones de vulnerabilidad.

Realidad que conecto con lo expuesto en el segundo capítulo, cuando informo que la vacuna sigue en estudios, ya que aún no se ha comprobado la disminución en la incidencia del cáncer de cuello uterino, resultados que se obtendrán según lo informado entre 2027 y 2030. Discusión sobre la efectividad de la vacuna, que se evidenció en el contexto internacional de esta tesis y que no aparece en ninguna de las instancias de los debates que se surtieron para la conciliación de esta ley.

El testigo modesto se reproduce a través de un discurso médico biopolítico de orden salubrista, y como ha pasado históricamente con la producción de conocimiento de las ciencias experimentales, siendo el objeto de estudio “la mujer”, en este caso las niñas y adolescentes colombianas intervenidas por ley con esta vacuna, entrarán a través del

⁷⁸ Ley N° 1626. Gaceta del Congreso de la República. Bogotá, Colombia, 30 de abril de 2013. p. 1

sistema de salud a lo largo de sus vidas a un proceso de observación desde la distancia. El testigo modesto estará invisibilizado a través de toda esta compleja red de instituciones que he intentado describir y articular, red que descorporiza su producción de conocimiento a través de las mediciones y estadísticas producto de los controles futuros que tengan las niñas hoy vacunadas, datos que le servirán al complejo MERCK-BILL Y MELINDA GATES- GAVI- OPS-OMS para establecer una real asociación de efectividad entre la vacuna contra el VPH y el cáncer de cuello uterino al año 2030.

Como química farmacéutica, entiendo el logro que significa para la humanidad encontrar una vacuna para un tipo de cáncer, sin embargo, señalo que la forma como se están recolectando los datos de evidencia de efectividad debe ser discutida de manera amplia en los tribunales de bioética que corresponda, incluidos los de Colombia. He de reconocer que interpreto en esto un halo de experimentación en vivo, dentro de un modelo similar al que nos hablaban Angela Davis y Paul B. Preciado sobre la píldora anticonceptiva, conexión que también hice dos capítulos atrás.

En este proceso no sólo se recolectan datos de efectividad, sino también de seguridad. En el segundo capítulo mostré las discusiones globales alrededor de la seguridad de esta vacuna; en el Anexo Nro. 2 “Contexto Global”, incluí todos los grupos de sociedad civil, entre los que se encuentran afectadas y familias de las afectadas por esta vacuna, lo mismo que organizaciones científicas independientes de gran relevancia en el mundo de las ciencias médicas, que han alertado y denunciado los graves eventos adversos y muertes asociadas a la falta de seguridad de esta vacuna. Contexto internacional sobre discusiones de seguridad, a los que los congresistas de la república no hicieron referencia en ninguna de las discusiones acá revisadas, ni se encuentran en la trazabilidad de las gacetas en las que están registradas las instancias de revisión y conciliación de esta ley, lo que cobra sentido, ya que dicha información por las razones ya ampliamente expuestas en esta tesis, no se encuentra en los documentos internacionales vinculantes a esta ley, mismos que ya fueron presentados y analizados.

La ley es clara, “el Gobierno Nacional deberá garantizar la vacunación contra el Virus del

Papiloma Humano de manera gratuita a todas las niñas entre cuarto grado de básica primaria y séptimo grado de básica secundaria”; lo que significa que los cuerpos de las niñas y adolescentes de Colombia deberán ser intervenidos desde esta tecnología de género sin hacer ninguna excepción, revisión o consideración mínima a aquellos cuerpos con antecedentes inmunológicos para los cuales la vacunación será la diferencia, por ejemplo, entre volver a caminar o no.

He escuchado por ahí, que dicen pues una carta que mandaron, de que se aconseja pues de que se le haga un estudio inmunológico para que las niñas puedan ser vacunadas, o sea ponerse a hacerle una prueba a ver si la vacuno o no la vacuno, sin tener como una evidencia realmente fuerte es..., pienso que primero deberían hacerse los estudios y demostrarlo, para realmente ver si es necesario. Hacer pruebas inmunológicas, si tienen riesgo o no tienen riesgo, eso tampoco se lo va a decir, o sea si yo tengo o sea, tantas enfermedades autoinmunes que pueden haber. Entonces, una prueba así como, que prueba específica, y pues imagínate los gastos, primero hacer una prueba a ver si te vacuno, o sea, es no sé... pueden haber intereses económicos ahí. De que venga y yo les hago la prueba y entonces quién sabe. Uno podría ser malicioso y pensar muchas cosas⁷⁹.

El Estado está subordinado a los tratados internacionales vinculantes y a los organismos internacionales de los que es miembro, mientras que su capacidad policial sigue intacta, es decir, en caso de que las familias responsables de la población a vacunar se nieguen a administrar esta o cualquier vacuna incluida dentro del PAI recibirá visitas de seguimiento e intervención por parte del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, proceso que tendrá que surtirse hasta en la EPS de la niña o adolescente para el caso de la vacuna contra el VPH, intervención familiar amparada en el discurso del Estado protector de la niñez. Frente a lo anterior, el 28 de agosto de 2017, los medios colombianos publican que la Corte Constitucional advierte que la vacuna contra el virus del papiloma humano requiere consentimiento informado según la sentencia T-365/17. Dado que el Ministerio de Salud,

⁷⁹ Entrevista: Alba Lucia Combita, Doctora en Bioquímica, Dra en Ciencias de la vida y la salud con énfasis en virología. Líder del grupo de investigación del VPH y cáncer de cuello uterino en el Instituto Nacional de Cancerología. Investigadora para la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer OMS. Pulgarín, Sandra (31 de Marzo de 2016) Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá.

ya había contemplado este consentimiento, es necesario ver a lo largo del tiempo, cuál será el desenlace de dicha sentencia. En este sentido y dado el alcance de esta tesis, y la acotación del archivo y tiempo de investigación, este será un asunto para posteriores análisis.

Consecuentemente, este entronque de discursos, a saber, médico biopolítico de enfoque salubrista, con el fin de mejorar las condiciones de salud y proporcionar posibilidades de llevar una vida longeva y productiva a la población a nivel mundial, se va moldeando según las condiciones y necesidades de cada tiempo y espacio. Por un lado, recordemos los dispositivos disciplinarios de los siglos XVII y XVIII que analizaba Foucault, como la clínica. Allí el cuerpo era modificado a partir del mecanismo del encierro, de control del tiempo a partir de su distribución, de la constante vigilancia. La actualización del control de los cuerpos se daría según las condiciones geográficas, como lo muestran los teóricos del grupo modernidad/colonialidad, con el proceso de colonialidad en el que la dominación de los cuerpos se dio a través de la raza. Si pensamos en el caso de Colombia, y la particularidad de este proyecto de ley, vemos cómo instituciones disciplinarias como la escuela y el hospital se alían con el objetivo de administrar vacunas a una población considerada vulnerable, y que ha sido clasificada a partir del género.

Esta primera determinación sobre los cuerpos de las niñas escolarizadas que serán vacunadas va de la mano con un discurso desarrollista, en la medida en que cree que estas políticas de intervención conllevan una mejora de la calidad de vida de la población, pensamiento que concuerda con una visión positiva del mundo, en la que se cree que la intervención es sinónimo de progreso. La asociación entre biopolítica y neoliberalismo gesta un proceso de gubernamentalidad en la que el sujeto le pide al Estado la tramitación de su deseo y bienestar, es decir, si genero ganancias a través de la producción y el consumo entonces tengo el derecho a ser configurada a partir de las políticas estatales. De ahí que esta ley haya sido tramitada como un derecho de la niñez, en vista de que los estados progresistas siempre procurarán mantener la salud de su fuerza de trabajo, configurandola en la población más joven, la cual representa el recambio de la población

con potencia para fortalecer la economía y mantener el sistema establecido.

A la par que se da un discurso desarrollista, a partir de la progresiva gubernamentalidad que se da en nuestros días, se articula el farmacopoder como producto de la actualización de los disciplinamientos biopolíticos dentro del neoliberalismo, el cual siguiendo a Preciado, es un aparato de verificación y de discursos de representaciones de la subjetividad sexual de la sociedad contemporánea. La era farmacopornográfica trae implícita que ahora nos ingerimos y nos administran directamente el biopoder, la estructura del panóptico fue definida en el exterior del cuerpo, antes habitábamos espacios que nos controlaban, ahora estamos siendo habitados por ellos: “Lo propio de estas nuevas tecnologías blandas de microcontrol, es tomar la forma del cuerpo que controlan, transformarse en cuerpo, hasta volverse inseparables e indistinguibles de él, devenir subjetividad” (Preciado, 2008:67).

El discurso del farmacopoder es un discurso no es sólo de intervención gubernamental, sino también de autogestión, nos hace reclamar por la constante intervención del cuerpo a través de la medicalización de la vida, es decir, estamos condicionados por los dispositivos de control, tanto que permanentemente reclamamos a los diferentes mecanismos del Estado o del mercado, acceso a diferentes tecnologías de salud para que entren a modificar las condiciones de vida de nuestros cuerpos. Esto son los sustentos culturales para que finalmente la vacunación se presente como un programa prioritario ante las alarmantes cifras de muerte que se dan de la enfermedad cérvico uterina, las muertes y contagio asociados al *malignum uteri*: se presupone que el farmacopoder tiene los medios para prevenir el dolor, la enfermedad y la muerte, de ahí que los legisladores reclamen la vacunación como una medida más eficaz que las tradicionales como el uso del condón y la educación sexual, interpretan y reclaman esta intervención necesaria para las niñas y adolescentes, pues es la única en el mercado dispuesta a modificarlas para prevenir el contemporáneo *malignum uteri*.

La clínica se ingiere, se incorpora en el cuerpo y se mimetiza con él, con sus líquidos, fluidos, hormonas y tejidos; en la época del email, proteínas L1 de la cápside mayor de los

tipos 6, 11, 16 y 18 del VPH, viajan directamente a nuestro sistema inmunológico y descargan en él mensajes que dictaminan cambios biomoleculares nanoscópicos que prometen que los Úteros del Estado sean sanos, productivos, y reproductivos; es la prevención del *malignum uteri* para que éste no sea el origen del contagio. La vacuna contra el VPH es una tecnología de género en la que la *potentia gaudendi* es puesta a trabajar en pro de la reproducción heterosexual: “El biocapitalismo contemporáneo no produce “nada”, excepto la propia especie” (Preciado, 2008:44)

El camino que se recorre desde el nacimiento de la biopolítica como una política para los cuerpos, su posterior alianza con el neoliberalismo para configurar la gubernamentalidad como una economía de los cuerpos, y el discurso del farmacopoder como una publicitación, mediatización y modificación de los cuerpos, me llevan a conformar un discurso sobre los Úteros del Estado, es decir, a afirmar que la implementación de una política en salud en torno al cuerpo de niñas entre 9 y 12 años está enmarcada dentro de un contexto donde el cuerpo de las niñas y mujeres es visto como un productor de capital humano donde se asume que quien posea un útero debe ser madre, por tanto, se da una naturalización programada de la heterosexualidad. En estos cuerpos coinciden la construcción del cuerpo femenino, la construcción de la infancia, que históricamente ha sido vigilada y despolitizada hasta los 18 años; y la construcción del cuerpo de la adolescente, socialmente pornificado, sexualizado a través del performance del deseo y feminizados a partir de la precarización de las condiciones de trabajo. Para el Estado colombiano, devenimos engendradas en un ‘Las Mujeres’ y debemos estar bajo su vigilancia e intervención desde la niñez.

4.3 Puntos de conexión a través del tiempo: develaciones a partir del archivo

Dada la dificultad casi tediosa de conectar y trazar documentos internacionales con planes nacionales y con un proceso surtido por una legislación, consideré apoyar los capítulos 3 y 4 en la siguiente línea de tiempo.

Ilustración 2. Línea de tiempo de fuentes primarias.

Ésta, además de trazar los documentos, es un apoyo para visualizar la actualización de los mismos y para evidenciar como documentos vinculantes a organismos internacionales son asumidos en lineamientos nacionales. Adicionalmente, incluí en ella algunos documentos y eventos, que si bien no traigo a discusión a esta tesis por cuestiones de extensión formal, los dejo planteados, primero para continuar elaborando mi corpus de investigación y segundo para seguir aportando a la discusión nacional sobre este asunto, articulada a algunos grupos activistas.

Este apoyo visual, me ayudará también a retomar otra pregunta que me surgió al alrededor de la ley, la cual dejé planteada líneas atrás, cuando la Gaceta 616 de 2012 me informaba que el congreso anunciaba que el programa de vacunación ya había iniciado en niñas escolarizadas entre los 9 y 12 años de edad. La pregunta que dejé abierta fue ¿para qué generar esta ley, si ya se había iniciado el proceso de vacunación?

En el apoyo visual de la línea de tiempo, se ve que en el 2010 del 20 al 22 de septiembre en Nueva York, se celebró la cumbre de la ONU. En esta se estableció un plan de acción para alcanzar los ODM del 2000. Colombia, como Estado miembro, define cumplir la estrategia Mundial de Salud de la Mujer y los Niños con la introducción de la vacuna contra el VPH dentro del esquema de vacunación del PAI. Es decir, la relación Ministerio de Salud Colombia- OPS- OMS- ONU, tiene la potestad suficiente para ingresar o eliminar del PAI la vacuna que se considere, sin que para esto tenga que mediar el poder legislativo representado en el congreso de la república y sus leyes.

Siguiendo esta línea de tiempo, en el año 2012 el Ministerio de salud, en cumplimiento del compromiso adquirido en el 2010, introduce la vacuna contra el VPH en el PAI. El esquema de vacunación contempló las tres dosis, dirigidas a las niñas entre cuarto grado de básica primaria y grado once de bachillerato que hayan cumplido 9 años y a la población no escolarizada entre 9 y 17 años. Es decir, la vacuna contra el VPH ingresa al PAI en el 2012, y en agosto de ese año, el Ministerio de Salud, en representación de los organismos internacionales de salud ya mencionados, inicia la vacunación. La Ley 1626, que garantiza la vacunación se emitió hasta abril de 2013.

Continuando con esta revisión, contrasto el alcance poblacional de la vacuna en el PAI con el alcance en la ley. Por un lado, en el PAI se dice que serán vacunadas las niñas de básica primaria y grado once que hayan cumplido 9 años y a aquellas que no estén escolarizadas entre los 9 y 17 años. Mientras que la ley contempla sólo a las niñas escolarizadas. En este punto es necesario resaltar que a pesar de que la ley tiene más reducida la población a intervenir que el PAI, la ley tiene un componente de jerarquía legislativa, por lo que la vacunación se dará a partir de la escolaridad.

De acuerdo al recorrido hecho, el corpus de investigación compilado y desde mi posición como sujeto informado, intentaré responder esta pregunta con tres hipótesis. La primera consiste en considerar que cada sesión de conciliación y aprobación que sesionó el congreso de la república para generar la ley se realizó de manera desarticulada con las decisiones que estaba tomando el Ministerio de Salud y Protección Social alrededor de la vacunación contra el virus del papiloma humano. Por tal motivo, la vacuna ingreso al PAI, pero también se generó la ley un año después.

De otro lado, según el contexto global brindado en el capítulo dos, a la luz de una tendencia creciente de denuncias y alertas globales sobre la efectividad, seguridad y halo de experimentación de la vacuna contra el VPH, se genera la Ley 1626, para que con su jerarquía legislativa *se blinde* la decisión del Ministerio de Salud y protección Social de generar la estrategia de vacunación y que la población a intervenir la reciba bajo la obligatoriedad que supone el cumplimiento de una ley.

Finalmente, la tercera hipótesis, vista también desde el contexto global, nos lleva a pensar que la ley se genera para que con su jerarquía legislativa *se refuerce* la estrategia de vacunación a través del PAI. Dejo al lector/la lectora de esta tesis, la posibilidad de escoger alguna de estas tres hipótesis a la luz de lo que se ha analizado, y le invito a que con cada hipótesis relacione un posible actor o actores beneficiados, de los antes descritos.

Por otro lado, se me hace necesario informar al lector/la lectora que el alcance de la

población a intervenir en la Ley 1626, está siendo revisada por la Corte Constitucional, ya que en diciembre de 2016 la Procuraduría de la Nación se pronunció frente a una demanda de exequibilidad que exige incluir en la ley a las niñas no escolarizadas.

Frente a lo anterior, se podría interpretar que ya que el PAI tiene incluido el grupo etario que solicita el demandante, niñas y adolescentes entre los 9 y 17 años escolarizadas y no escolarizadas, no sería necesario modificar la ley. Sin embargo, la importancia de que la ley continúe vigente y que esta ampliación quede descrita en su articulado acorde con el PAI, refuerza los discursos y la práctica de vacunación, pues como se informó, la ley tiene mayor jerarquía legislativa que el PAI.

Epílogo

Cuando emprendí la industria de este trabajo de grado, solo estaba llena de sospechas y de ninguna certeza. Como he dicho de manera reiterada en este relato que he intentado describir y conectar, quería desentrañar todo lo que había detrás de lo que a simple vista parecía una ley tan sencilla de tres artículos y los mismos párrafos. Aún recuerdo el anquilosamiento que me producía leer esta ley que no me decía nada en sí misma. Era particular, porque estos tres gélidos artículos no mostraban de su origen, pero si me mostraban sus preocupantes consecuencias. Esto último fue lo que me hizo moverme a un intento casi obsesivo de auscultar hasta donde más pudiese ver las entrañas propias de esta ley muda. El corpus de trabajo que tengo hasta el día de hoy de este campo de investigación, me deja expuesta frente a mi tozudez investigativa.

Por mi trabajo, sabía que la OMS estaba siendo muy criticada por sus vínculos pocos claros con la fundación de Bill Gates, ánimos que se exacerbaban cada vez que Melinda Gates era la oradora principal en las Asambleas mundiales en Salud. Reconocía mi indignación frente a esto, pero luego me terminaba por pasar de largo.

Sin embargo, cuando los casos de reacciones adversas estaban en su punto más crítico, no solo a nivel de salud sino en aspectos sociales y culturales en la región y el país, las expresiones de un niño y una niña de El Carmen de Bolívar me retaron a entender estos vínculos con el proceso de vacunación contra el VPH en Colombia. La niña afirmaba: “es que nos inyectaban como si fuéramos vacas” y la expresión que más descolocada me dejó fue la del niño: “Cuando vacunan en El Carmen de Bolívar, el señor de los computadores gana dinero con nosotros”. Y la ley seguía frente a mí tan impávida.

Decidí entonces, como antaño en el laboratorio, descomponer estructuralmente hasta su más mínima expresión dicha ley. De manera paradigmática, emprendí el proceso de revisión de su ADN mismo.

Todo lo que parecía un rumor, o estaba disperso en documentales que me parecían de corte

conspirativo, fueron apareciendo en los propios estados financieros del 2014 y 2015 de la OMS, en las páginas oficiales de Fundación de vacunación GAVI y de la fundación Bill y Melinda Gates; he de confesar que al principio de la investigación quedaba muy sorprendida por la forma tan desparpajada en que se presenta la información. Ya no había duda, sumadas las donaciones de las fundaciones de los Gates entre las que se incluye la Fundación de vacunación GAVI, superaban a las donaciones de cualquier Estado miembro a la OMS, menos a las donaciones de Estados Unidos, país al que también aportan las empresas de Gates. A la bolsa filantrópica se sumaban los aportes del laboratorio Merck, dueño de la vacuna tetravalente Gardasil, casa farmacéutica en la que Bill Gates ha sido miembro de la junta directiva.

Este descubrimiento que se mostraba casi como un archivo muerto me dejaba pasmada en medio de muchas otras sensaciones. De hecho, sabía que no podía acercarme tomándolo como un documento informativo para quienes se mueven dentro de los estudios económicos de la salud, como investigadora me impulsaba a escudriñar, pero también me causaba zozobra y nerviosismo, como “profesional de la salud” me quedo sin palabras para describir cómo es entender este punto álgido, aún no sé cómo responder a esta paradoja, y como ciudadana del mundo, comprendo que este es un problema político que me localiza como sujeto para cuestionar estas relaciones de poder que terminan interviniendo nuestros cuerpos.

Dudosa de mi hallazgo, empecé a cruzar la información encontrada con la de los grupos activistas internacionales más sobresalientes en el trabajo de hacer esta denuncia a nivel mundial; la información de manera general coincidía. Esto me dio la confianza suficiente, para dejar este hallazgo del contexto global en un texto académico, el segundo capítulo de esta tesis. El Departamento de Estudios Culturales de la Javeriana me daba los fundamentos para develar estas relaciones de poder. De paso, se cumplía el objetivo de haber ingresado al programa.

El marco conceptual con el que había iniciado la investigación me hablaba de un proceso de dominación de los cuerpos que se venía dando desde los siglos XVII y XVIII, estos

cambios que se dieron a nivel global cambiaron aquello que se debía cambiar —*mutatis mutandis*— reestructurando las formas en que se hablaba y se conducían. La naturaleza disciplinaria de la biopolítica se fundió con el neoliberalismo, corriente económica del siglo pasado que hemos naturalizado como forma de relacionarnos, sus valores parecen haber dominado las condiciones cotidianas de existencia, el mercado parece abarca nuestros sentimientos, sensaciones y relaciones, así la política, la economía y la cotidianidad se convierten en caldo de cultivo de una filantropía empresarial.

La posición de sujeto informado con la cual se abre esta discusión para mostrar los alcances de la filantropía corporativa con los organismos internacionales que introducen la vacuna en sus estados miembros, empezaba a desdibujarse cuando llegaba al contexto nacional. Mi situación privilegiada en tanto que química farmacéutica que había trabajado en el análisis de lineamientos en salud sobre gestión de medicamentos me permitía intuir que era a través de la revisión de los documentos institucionales, así como una lectura minuciosa y una observación contextual y estructural de la legislación los que le darían respuesta a mi pregunta de investigación.

La construcción de este archivo me llevó por una cantidad de documentos desbordante, que para el día de hoy comprenden, sin lugar a dudas, un campo de investigación. Los documentos que arrojó el contexto nacional abarcaban los documentos oficiales de organismo internacionales como OMS y OPS, contemplaba las diecisiete sesiones de congreso de la república consignadas en Gaceta, que se depuraron hasta llegar a seis documentos, que fueron tomados en cuenta en esta investigación. Por otro lado, recopilé las noticias publicadas en diferentes medios de comunicación relacionadas con la vacunación contra el VPH, que muestran la problemática que se presentó en el municipio de El Carmen de Bolívar, así como la información que presenta en su página oficial el MSPS, en donde hay notas relacionadas con la seguridad de la vacuna, los documentos que sostiene la vacunación como medida viable para la prevención del cáncer de cuello uterino, así como una campaña sobre la vacunación llamada “Que vivan las mujeres, que viva yo” (2013) que tenía como fin informar a la población. Estos documentos no fueron incluidos dentro del análisis que se dio, en primer lugar, porque no resultaron prioritarios para responder a la pregunta de investigación, por otra parte, debido a la acotación del tema, abordar una

discusión sobre estos trasladaría el enfoque de la pregunta dando pie a una nueva indagación.

Al ahondar en la legislación comprendí cómo es el proceso que sigue un proyecto de ley en el congreso de la república, de igual manera, consideré el perfil de los ponentes del proyecto de ley. Curiosamente, la discusión en el congreso de la república fue superficial y giraba en torno a los beneficios de la vacunación, afirmaciones que me causaron escozor desde mi posición de sujeto informado que conocía tanto las alianzas mercantiles, como las denuncias de afectadas a nivel mundial, es decir, esperaba que esta información se diera en algún momento, pero lo que comprobé fue que los representantes y congresistas validaban lo expuesto por OMS, OPS, MSPS, lo que conlleva a pensar que ineludiblemente aprobaban la alianza OMS-GAVI-Bill&Melinda Gates Foundation.

El catalejo de los estudios culturales, su constante llamamiento a la búsqueda de un contextualismo radical que entendiera al sujeto en su peculiaridad, a partir de la comprensión de los lugares de enunciación y estructuras de poder, así como posibilidades de agenciamiento, se convirtió en la herramienta analítica de estos documentos. Pude cerciorarme de que la forma en que estos documentos localizan su intervención en el contexto colombiano es a partir de la perpetuación de un proceso colonial, por un lado sobre la conformación del saber en relación al cuerpo de las mujeres, donde se da la construcción del *malignum uteri*, por otro, sobre las condiciones de vida, sobre aquello que pueden los cuerpos, siendo categorizados por medio de la heredada posición de privilegio racial conocida como el ideal de blancura.

En ese momento se concretó mi análisis conceptual, la unión que se da entre corporaciones y organismos multilaterales para modificar las políticas públicas en salud en países en desarrollo, correspondía a la estructura de la gubernamentalidad propia de la posguerra. Para el estudio de caso analizado, se evidencia un proceso de colonialidad, que a través de discursos desarrollistas de organismos y documentos vinculantes, dictaminan al Estado colombiano emprender el camino para el desarrollo interviniendo a unos cuerpos específicos, que para el caso, resultan siendo las mujeres estratificadas y racializadas. Se presentan entonces estos programas enfocados a la salud como planes de cumplimiento de metas en las que se entrecruzan objetivos de longevidad y reproducción, con los de

disminución de gastos en atención e intervenciones en salud, todo ello enunciado en datos estadísticos anclados a los cuerpos ya enunciados.

El análisis de discurso como forma de acceso al archivo hizo ver la alianza entre varios discursos que se gestan con el fin de configurar los cuerpos de las mujeres en una política pública. Los textos de organismos globales enmarcados dentro de su gesta biopolítica, emprenden un discurso desarrollista que pretende mejorar las condiciones de vida para la población con el fin de que se más productivos, consuman más, y en el caso de las mujeres, reproduzcan la fuerza de trabajo.

En este orden de ideas es como emerge el discurso del farmacopoder, mismo que autogestionamos, asumiendo que sus políticas son positivas, que pretenden un mundo mejor, o simplemente se asumen como necesarias en la lógica racional en la que la ciencia dice la verdad, sin ser cuestionada. Así, el discurso del farmacopoder atravesado por la propuesta teórica de Paul. B Preciado tuvo gran impacto en mí, como química farmacéutica comprendo los cambios a nivel molecular que tiene una vacuna; y cualquier intervención por fármacos. También me causaba curiosidad cómo la industria médica no era inocente, su conocimiento del cuerpo no sólo tenían un carácter experimental, sino que este saber operaba de la mano con intereses político-económicos. La dominación de las estructuras de poder no es algo nuevo, sin embargo, la petición de la población de ser intervenida, la búsqueda de consumir el dispositivo de poder que se encuentra condensado en la ampolla, se me presentaba como una novedad, sobre todo cuando se enmarca dentro del contexto de la sexo política, es decir, cuando entiendo que los cuerpos, consumidores, productores y reproductores tienen que responder a relaciones de poder que los estructuran.

La intersección entre los discursos anteriormente mencionados se daba en este documento en un último discurso, a saber, el de los úteros del Estado. La conformación de este último discurso se da a partir de la búsqueda del Estado por asegurar el relevo poblacional, es decir, la intervención de los cuerpos de niñas y adolescentes se gesta desde la concepción que toda esta población será heterosexual y que tendrán el propósito de la reproducción. Por ende, desde la concepción de cuerpos reproductores saludables, los organismos

internacionales piensan la necesidad de prevenir el cáncer de cuello uterino a través de la vacuna contra el VPH. Este devenir Mujer, que se enfoca en la heterosexualidad reproductiva, con el marco teórico que me brindó Preciado sobre la industrialización del cuerpo sexual y las tecnologías de género que desarrolló, basada en de Lauretis, me sirvió para pensar que esta vacuna contra el VPH es una tecnología de género anclada en el farmacopoder.

La parte final de mi análisis se dedica a esos úteros de niñas, adolescentes y mujeres que incautamente han permitido la intervención en sus cuerpos; y que insospechadamente comienzan un proceso de naturalización de la maternidad que es solapado por un Estado progresista, interesado en cumplir con los convenios y requerimientos que la geopolítica ha convenido. La legislación colombiana en torno a la vacunación contra el VPH refuerza los procesos de colonialidad sobre el cuerpo de las mujeres, despojándolas de los saberes que ellas puedan tener de sus cuerpos.

No quisiera entrar a planos especulativos, porque como lo señalaba previamente, los documentos analizados presentan procesos de borradura que no es posible reconstruir, sin embargo, la aproximación metodológica me ha mostrado cómo la vacunación en contra el VPH es una problemática que no se resolverá pronto, que es una discusión que no se cierra respecto a los argumentos científicos, pues recordemos que su efectividad no se demostrará sino hasta dentro de 20 años, tampoco, el tema se desgasta en cuanto a las denuncias de los efectos adversos tanto a nivel global como en Colombia, ni mucho menos se cierra la problemática del caso particular de las niñas de El Carmen de Bolívar.

He respondido a mi pregunta de mi investigación. Pero aún me quedan un par de reflexiones y varias sensaciones que me daré el permiso de resolver a continuación. Primero, a modo de denuncia, debo decir que es evidente que ninguna institución en el país está preguntándose sobre el financiamiento de la OMS y las implicaciones que esto tiene al adoptar sus lineamientos internacionales; no se están considerando ni las implicaciones a nivel de los recursos económicos del país, ni las implicaciones sobre los cuerpos de los colombianos y colombianas. Por ejemplo, sobre lo primero, Colombia tuvo que destruir todas las vacunas de H1N1 que en el 2010 compró el MSPS a la OPS con el fin de contener la supuesta epidemia de influenza que la OMS tanto había alertado, básicamente porque

esta epidemia fue raramente sobredimensionada por tal organismo, por tanto las vacunas se vencieron y debieron ser destruidas.

En lo segundo, la abogada Mónica León representa a setecientas de las afectadas por esta vacuna en el país, casos conocidos porque las afectadas o las familias han decidido buscar asesoramiento en esta reconocida abogada. Aún no sabemos cuántos casos están en subregistro o bajo el diagnóstico de psicogénia; diagnóstico determinado por las propias casas farmacéuticas en las fichas técnicas de Gardasil y Cervarix, para responder a los casos de desmayos; diagnóstico avalada por el Instituto Nacional de Salud y el Ministerio de Salud, frente a los casos de El Carmen de Bolívar.

En contraposición a esta falta de autonomía en temas de salud por parte de Colombia, está India, que ha demandado a Bill Gates en diferentes estancias por estos vínculos que inducen a los Estados al consumo de productos farmacéuticos desde organismos internacionales. También están articuladas varias organizaciones internacionales que en las asambleas de la OMS, han hecho serias reclamaciones sobre esta falta de autonomía que suponen estos vínculos. Para ampliación ver el Anexo 2 “Contexto Global”.

Por otro lado, he de confesar que me sorprendió que en ninguna de las gacetas revisadas hubiese registro de debates alrededor de alguna de las discusiones internacionales sobre seguridad, efectividad y experimentación que presenté en el Anexo 2 “Contexto Global” del segundo capítulo. Esta Ley 1626 es decretada desde la ignorancia, y desde la falta de interés de conocimiento por parte de los congresistas del país sobre lo que van a legislar, situación ampliamente expuesta en las 6 Gacetas que documentan la generación de esta Ley. Finalmente, dicho desconocimiento les impidió considerar las consecuencias que esta vacuna ya estaba presentando para las niñas, adolescentes, y mujeres del país. Es necesario decir, que hoy día hay mujeres muy afectadas por esta vacuna, la cual adquirieron en los consultorios de ginecología con pago de bolsillo cuando ésta aún no hacía parte de un plan masivo de vacunación. Actualmente, gracias a la divulgación mediática que el caso de El Carmen de Bolívar tuvo en el país, estas mujeres pudieron asociar su caso con la administración de esta tecnología.

Por último, es evidente lo prioritario que es para el poder legislativo, y para el poder

ejecutivo representado en este caso por el Ministerio de Salud y Protección Social, la necesidad de modificar los cuerpos de las niñas, adolescentes y mujeres del país, antes que modificar el propio sistema de salud. Esta reflexión es simple, el plan Nacional de Control del Cáncer ya informaba sobre la falta de calidad de las pruebas de laboratorio, por tanto sobre los alarmantes falsos negativos que terminan por ocultar la infección por VPH o incluso el propio cáncer, falsos negativos que siguen cobrando la vida de varias mujeres en el país; información que años atrás ya me brindaba mi ginecóloga y que expuse en la introducción. Para el Estado es más costo-efectivo modificar nuestros cuerpos, que modificar el sistema de educación sexual, de prevención y detección temprana del virus del VPH y del cáncer de cuello uterino; en ese sentido se dirigió la Ley, el PAI y la demanda a la Ley solicitando la ampliación de la población a intervenir con dicha vacuna. Es más costo efectivo modificarnos que desplegar campañas educativas sobre uso del condón, y de seguimientos con citologías de calidad.

Esta tesis es un estudio de caso de una situación de las tantas propias del modelo neoliberal de salud que tenemos, el cual pude develar a través del prisma teórico y conceptual que me aportaron los Estudios Culturales. Lo anterior ha significado un reto enorme de mi parte. El más grande y el que casi no supero, el metodológico, confieso que estuve al borde de abandonar la maestría por no lograr dilucidar una salida a esto que significo para mí un laberinto. El segundo y como es de esperarse, los conceptos teóricos. Sin embargo, decidí asumir este reto y tomarme el tiempo que fuera necesario para cumplir lo propuesto, puesto que sabía que el enfoque que quería dar a este problema sólo era posible estando insertada en otra área del conocimiento que no fuera la mía.

En este sentido, y como ya dije en la introducción, esta tesis está hecha desde la propia intersección que me constituye. Por tanto comprendo que este documento también significa un reto para sus lectores y lectoras, y para el propio Departamento en el sentido que abordé el problema desde las herramientas que tengo y se me dan de manera natural, esto es tablas, números, cuadros de Excel. Entiendo también que el relato tampoco es fácil de describir ni de conectar: términos, años, documentos, niveles etc.; se entrecruzan de maneras que a veces pueden distraer al lector. Sin embargo, como un faro en esta empresa que a veces me parecía imposible e interminable, siempre estaban Sandra Harding y Donna Haraway

brindándome una ruta de navegación.

Así, en el proceso, fui comprendiendo que este fue el reto que al final todos asumimos, yo desde mi impulso y mi necesidad de escribir estos temas en clave social y los estudios culturales con la invitación abierta a enriquecer sus temas y tópicos de conversación. Acepté la invitación y la asumí; soy la única química farmacéutica del país en proceso de ser una culturalista, y espero que el Departamento de EECC de la Javeriana siga abierto al diálogo que le permita asumir cada vez más la diversidad, atendiendo a la responsabilidad política que le corresponde desde la academia.

La fuga de Augustine

Esta tesis empecé a escribirla hace un año, en medio de una segunda intervención a mi útero; nada asociado al VPH pero esta vez fue algo más serio que lo narrado en la introducción.

Al enfrentarme al reto que me empezaba a trazar y consciente de mi miedo más profundo de cara a los conceptos de la ciencias sociales, empecé a indagar por la patologización de los cuerpos femeninos y de los úteros, lo que me llevó hasta *La invención de la histeria: Charcot y la iconografía fotográfica de la Salpêtrière*, de Georges Didi-Huberman.

Mi propia condición clínica, mi inexperiencia en trabajos académicos para las ciencias sociales y las propias lecturas me llevaron a pensar que debía trazar este problema de la intervención de los úteros desde el siglo XIX, lo que me llevo a construir un primer capítulo con este recorrido; por suerte la sensatez de Liliana Vargas Monroy me condujo a abortar parte de este cometido titánico. De ese capítulo no queda casi nada en esta tesis, sin embargo, quiero rescatar la última parte de lo que en su momento llamé *El caso Augustine, Alias Louise, X, L, G: Control del cuerpo femenino a partir de la institución*.

En aquel entonces narré la historia de la “hística” Augustine, la “paciente” preferida de Charcot, motivada por la indignación que me produjo el resultado del estudio que emitió el Instituto Nacional de Salud (INS) y el ministro de Salud Alejandro Gaviria, sobre los desmayos masivos en El Carmen de Bolívar, los cuales fueron relacionados con una

psicogénica masiva, misma que informaron que era de mayor prevalencia en el sexo femenino combinado con juegos prohibidos como la güija y con familias disfuncionales. De esta manera, el INS y el MSPS, como en los mejores tiempos de Charcot, asociaron estos casos a brujería e histeria, pero nunca con la vacuna; y yo, con cierta ingenuidad animosa, intenté demostrar la actualización de ese modelo. De ese texto rescato lo siguiente:

“Por esta razón, Augustine vuelve a su categoría de interna y los médicos intentan sacarla de tal recaída a la “locura” aplicando en ella el compresor de ovarios, le suministraban éter y cloroformo; potentes combinaciones farmacológicas que al parecer no fueron suficientes para evitar que X rompiera las ventanas, finalmente Augustine ya no es más una *vedette* y es encerrada en una celda. Así, Augustine hace su último performance en la *Salpêtrière*, que no es precisamente la reproducción de una escena orquestada por Charcot, no, X se disfrazó de hombre [la imagino rasgando su camisa de fuerza] se fuga y con este acto deja de ser un caso clínico”

Cierta nostalgia me anima a rescatar este párrafo. Cuando yo misma decidí no ser vacunada contra el VPH emprendí mi propia fuga del moderno aparato de verificación farmacopornográfico. Hace un año miembros de mi familia presentaron enfermedades autoinmunes, en ese sentido me pregunto ¿Qué hubiese sucedido con mi salud en caso de haber permitido ser intervenida con la vacuna contra el VPH? Ante las dolencias, seguramente estaría diagnosticada de psicogenia.

Me siento tan obligada a escribir, porque es mi interés aportar a la discusión sobre la seguridad, efectividad, y fases clínicas, para mí, aún no terminadas de esta vacuna. Tengo la necesidad de aportarle a Mónica León—a la asociación de afectadas que representa en el país— información suficiente de cómo se generó esta ley, las revisiones que se dieron y las que no, lo que conllevó finalmente a que el Estado les traspasara la piel con una aguja y les produjera la pérdida del estado de salud que tenían antes de ser vacunadas. Me siento tan obligada a escribir para que cada vez, haya más sujetos críticos e informados y así la fuga de Augustine se multiplique constantemente a esta forma actualizada y líquida del panóptico. Es necesario conocer esta forma renovada del biopoder, para lograr subvertirlo.

Finalmente, esta no es sólo una cuestión de la vacuna contra el VPH, esta es la cuestión de la sociedad del farmacopoder, de la industria farmacéutica de la cual todos conocemos su alta rentabilidad. Esta tesis es una invitación a la necesidad de redefinir el ámbito de la salud. Como farmacéutica es mi invitación a “abrir la píldora”⁸⁰, para saber qué nos están suministrando, lo que supone un proceso de agencia sobre el propio cuerpo, y así, proponer horizontes de transformación. Este es sin duda un problema de orden ético; es necesario responsabilizarnos del territorio de nuestra vida para dignificarla en todo sentido, para ello es fundamental reconocer la importancia social y política de cada sujeto, de nuestras articulaciones y relaciones profundas, así como el potencial de cambio y transformación del ser que allí opera. Espero tejer entre los lectores la posibilidad de reclamar nuevamente este territorio del cuerpo como nuestra posibilidad de autocuidado, me permito así, darle paso libremente al “pesimismo del intelecto, optimismo de la voluntad” (Hall, 2010: 65) de los que parte Hall para encontrar las yuxtaposiciones entre hegemonía y agencia.

⁸⁰ Preciado, Beatriz (2013) *¿La muerte de la clínica?* Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs> . Consultado el 18 de Febrero de 2017

Referencias

Anzaldúa, Gloria. (1988) "Hablar en leguas: una carta a escritoras tercermundistas". En: Moraga Cherríe, Castillo Ana (Ed.) *Este puente, mi espalda*. 219-230. Estados Unidos:Editorial Ismo

Braidotti, Rossi. (2000) La diferencia sexual como proyecto político nómade. En *Sujetos nómades*. Barcelona. Paidós. pp. 164-206

Bonder, Gloria (1998). *Género y Subjetividad. Avatares de una relación no evidente*. Encuentro de Universidades de Latinoamérica y el Caribe: Género y epistemología: mujeres y disciplinas.

Butler, Judith (2007). *El Género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona. Paidós.

Canguilhem, George (1983) *Lo normal y lo patológico*. México. Siglo XXI.

Castro, Edgardo. (2011) *Diccionario Foucault*. Siglo XXI Editores. México.

Castro-Gómez, Santiago. (2015) *Historia de la gubernamentalidad I. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michel Foucault*. Bogotá: Siglo del Hombre Editores. Instituto Pensar. Universidad Santo Tomás.

D'Angelo, Ana (2001) "La experiencia de la corporalidad en imágenes, percepción del mundo, producción de sentidos y subjetividad", *Tabula Rasa*, 13, 2001, 235-251

Davis, Angela. (2005) *Mujeres, raza y clase*. Madrid. Akal ediciones.

De Lauretis, Teresa (1989) La tecnología de género. *Technologies of Gender*. En: *Essays on Theory, Film and Fiction*. London. Macmillan Press, pp. 1-30.

Didi-Huberman, Georges (2007) *Invencción de la histeria. Charcot y la iconografía fotográfica de Salpetriere*. España. Cátedra

Eraso, Mónica. (2015) *De Morbis Venereis: la construcción de raza y sexo en los tratados médicos de Jean Astruc (1736-1765)* Tesis de Maestría sin publicar. Maestría en Estudios Culturales.. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá

Foucault, Michel. (1978) Incorporación del hospital en la tecnología moderna. En: *Revista Edu Med Salud*. Vol. 12, No. 1. pp. 20-35.

_____. (1992) Nietzsche, la genealogía, la historia. En: *La microfísica del poder*. Madrid: La Piqueta.

_____. (2001) *Defender la sociedad. Curso en el Collège de France 1975.1976.* México.Fondo de Cultura Económica.

_____. (2002) *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión.* Buenos Aires .Siglo XXI Editores.

_____.(2006). *Seguridad,territorio y poblacion.* (1st ed.). Argentina. Siglo XXI Editores.

_____. (2007) *Los Anormales.* Buenos Aires Argentina. Fondo de cultura económica.

_____. (2007) *Historia de la sexualidad I: La voluntad del saber.* México. Siglo XXI editores.

_____. (2010) *La arqueología del saber.* México. Siglo XXI editores.

Fox Keller, Evelyn (1985) *Reflexiones sobre género y ciencia.* Valencia: Alfons el Magnanim.

Hall, Stuart (2003). Introducción: ¿Quién necesita «identidad»? En: *Cuestiones de identidad cultural.* Hall y DuGay (Comp). Bogotá, Amorrotu Editores.

_____. (2010). Estudios culturales y sus legados teóricos. En: *Sin Garantías. Trayectorias y problemáticas en estudios culturales* (pp.73-94). Restrepo, Walsh & Vich (Eds). Bogotá, Enviñón Editores

_____. (2010). Estudios culturales: dos paradigmas. En: *Sin Garantías. Trayectorias y problemáticas en estudios culturales* (pp.73-94). Restrepo, Walsh & Vich (Eds). Bogotá, Enviñón Editores

Haraway, Donna. (1984) “Las mujeres en el circuito integrado”. *Manifiesto para Cyborgs: ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX.* Disponible en: http://xenero.webs.uvigo.es/profesorado/beatriz_suarez/ciborg.pdf

_____. (1995) *Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza.* España. Ediciones Catedra.

Harding, Sandra (1995).*Strong Objectivity: a response to the new objectivity question.* Synthese 104, pp 331-349.

Harvey, David (2013). *Breve historia del neoliberalismo.* Madrid, Ediciones Akal.

Hayek, Friederich. *Los fundamentos de la libertad*. Edición Digital Ioto. Recuperado de [http://assets.espapdf.com/b/Friedrich%20A.%20Hayek/Los%20fundamentos%20de%20la%20libertad%20\(10894\)/Los%20fundamentos%20de%20la%20libertad%20-%20Friedrich%20A.%20Hayek.pdf](http://assets.espapdf.com/b/Friedrich%20A.%20Hayek/Los%20fundamentos%20de%20la%20libertad%20(10894)/Los%20fundamentos%20de%20la%20libertad%20-%20Friedrich%20A.%20Hayek.pdf)

Huxley, Aldous. (2011) *Un mundo feliz*. Barcelona. DeBolsillo

Illich Ivan (1975) *Némesis médica: La expropiación de la salud*. España. Barral Editores.

Iñiguez L, Antaki C. (1994). Análisis del discurso. En: *Antrophos* (177): 59-66

Iñiguez, Lupicinio. (2006). “El análisis del discurso en las ciencias sociales: Variedades, tradiciones y práctica. En: Iñiguez, Lupicinio (Ed.) *Análisis del discurso: Manual para las Ciencias Sociales*. Pp. 88-128. Barcelona: Editorial UOC

Mies, María. (1998) ¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista? El debate en torno a la ciencia y la metodología feministas. . En E. Barta, *Debates en torno a una metodología feminista* (págs. 63-169). México D.F: Universidad Autónoma Metropolitana

Muhle, María. (2009) Sobre la vitalidad del poder. Una genealogía de la biopolítica a partir de Foucault y Canguilhem. En: *Revista de ciencia política*. Vol. 29, No. 1. pp. 143-163

Parker, Ian. (1992) *Discourse Dynamics: Critical Analysis for Social and Individual Psychology*. London: Routledge.

Pedraza, Zandra (1999) *En cuerpo y alma*. Bogotá. Universidad de los Andes.

Preciado, Beatriz (2008) *Testo yonqui*. España. Espasa Calpe

Saukko, Paula (2003) *Doing Research in Cultural Studies*. Gran Bretaña. Athenaeum Press

Segato, Rita Laura (2007) *El color de la cárcel en América Latina. Apuntes sobre la colonialidad de la justicia en un continente en deconstrucción*. En: Nueva Sociedad. No.208. pp. 142-161.

Sontang, Susan (1989) *La enfermedad y sus metáforas. El sida y sus metáforas*. Madrid. Santillana.

Vargas -Monroy, Liliana. (2007) *Lógicas científicas /coloniales del conocimiento. Una crítica al testimonio modesto desde territorios de frontera*. Trabajo de Investigación. Doctorado en Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona

_____. (2010). “De testigos modestos y puntos cero de observación: las incómodas intersecciones entre ciencia y colonialidad.” *Tabula Rasa*, 12: 73-94.

Zola, Irving. (1999) “La medicina como institución de control social”. Recuperado de http://www.casmadrid.org/docStatic/medicinacomocontrol_Kenneth.pdf

Fuentes Primarias

Alocución a la 67 Asamblea Mundial de la Salud. Los oradores invitados se centran en la violencia de género y la salud del recién nacido. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/WHA20140520/es/> (Consultado 4/03/2016)

Annex to the Financial Report for the year ended 31 December 2014. Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_INF1-en.pdf (Consultado 4/03/2016)

A summary of the post-licensure surveillance initiatives for GARDASIL/SILGARD En P. Bonanni et al. Vaccine 28 (2010) 4719–4730. Disponible en: http://www.hu.ufsc.br/projeto_hpv/A%20summary%20of%20the%20post-licensure%20surveillance%20initiatives%20for%20GARDASILSILGARD.pdf

Civil Society registers its protest (*released in Geneva at the World Health Assembly on 20 May 2014*). Disponible en: <http://www.twn.my/title2/health.info/2014/hi140503.htm>. (Consultado 04/04/2016)

Combata, Alba Lucia (2016) Locus científico sobre la vacuna anti-VPH. Entrevista de Sandra Pulgarín.

CONPES SOCIAL 91 de 2005¹ “Metas y Estrategias para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio– 2015. Disponible en: http://www.minambiente.gov.co/images/normativa/conpes/2005/Conpes_0091_2005.pdf (Consultado 20/09/17)

CONPES SOCIAL 140 “Modificación a conpes social 91 del 14 de junio de 2005: “metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del milenio-2015” Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/cdt/conpes/social/140.pdf> (Consultado 20/09/17)

Funding & Finance. Disponible en: <http://www.gavi.org/funding/> (Consultado 9/05/2017)
Gavi’s Mission. Disponible en: <http://www.gavi.org/about/mission/> (Consultado 9/05/2017)

Gaceta 820. “Proyecto de ley”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 03 de Noviembre de 2011

Gaceta 616 “Ponencia para primer debate proyecto de ley 028”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 18 de Septiembre de 2012.

Gaceta 736 “Actas comisión séptima. Ponencia para primer debate”. Gaceta del Congreso.

Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 16 de Octubre 2012

Gaceta 922 “Texto de conciliación en el senado de la república”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 11 de Diciembre 2012.

Gaceta 115. “Informe de conciliación cámara”. Gaceta del Congreso. Senado y Cámara. Bogotá, Colombia, 21 de Marzo de 2013

Gavi alliance tackles cervical cancer. Disponible en: <http://www.gavi.org/library/news/press-releases/2014/1-5-million-girls-set-to-benefit-from-vaccine-against-cervical-cancer/#> (Consultado 26/05/2017)

Human papillomavirus (HPV) vaccine policy and evidence-based medicine: Are they at odds? Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/07853890.2011.645353> (Consultado 20/09/2017)

Human Papillomavirus (HPV) Vaccines as an Option for Preventing Cervical Malignancies: (How) Effective and Safe? Disponible en : <https://pdfs.semanticscholar.org/836d/828689ba4731d32343be452e2181fabcffb8.pdf> (Consultado 20/09/2017)

Journal of Autoimmunity. 2013 Diciembre; Volumen 47: páginas 1-16; 13 de noviembre del 2013.

KEI Comments to DHHS on WHA68 agenda 11.2, Framework of Engagement with Non-State Actors: Disponible en: <http://www.keionline.org/node/2223> (Consultado 4/03/2016)

Ley N° 1626. Gaceta del Congreso de la República. Bogotá, Colombia, 30 de abril de 2013.

La salud tiene obligatoriamente que ocupar un lugar en toda agenda para el desarrollo después de 2015. Disponible en: <http://www.who.int/dg/speeches/2014/wha-19052014/es/#> (Consultado 04/04/2016)

Objetivos de Desarrollo del Milenio. Disponible en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2010_SP.pdf. (Consultado 20/09/2017)

Plan Nacional para el Control del Cáncer 2012-2020 Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/IA/INCA/plan-nacional-control-cancer-2012-2020.pdf> (Consultado 20/09/17)

PAI: Plan Ampliado de Inmunización. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodeInmunizaciones\(PAI\).aspx](https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/ProgramaAmpliadodeInmunizaciones(PAI).aspx). (Consultado 06/03 2017)

Preciado, Beatriz (2013) *¿La muerte de la clínica?* Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=4aRrZZbFmBs> . Última revisión: 18 de Febrero de 2017

Simposio: La vacunación contra el VPH en Colombia. Miradas Críticas. 25 de Octubre de 2016. Universidad de los Andes. Asistente.

Sixty-seventh World Health Assembly. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/events/2014/wha67/en/> (Consultado 4/03/2016)

Sixty-eighth world health assembly A68/1. Geneva, Switzerland 18–26 May 2015 Disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_1-en.pdf (Consultado 04/04/2016)

Thatcher, Margaret. Reagan thatcher menem desregulaciones privatizaciones y neoliberalismo. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=HeFC6GbMHtY> (Consultado 27/05/2017)

Suministro de vacunas. Estrategia. Disponible en: <http://www.gatesfoundation.org/es/What-We-Do/Global-Development/Vaccine-Delivery> (Consultado 05/10/2016)

Voluntary contributions by fund and by contributor, 2015. Disponible en http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_INF3-en.pdf (Consultado 4/03/2016)