

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA RURAL, UNA APROXIMACIÓN INTEGRAL
DEL INDIVIDUO, DESDE LA COMUNIDAD DE CHÍQUIZA-BOYACÁ, PARA SU
ENTENDIMIENTO DESDE LA SALUD PÚBLICA.**

BERLLY LUCÍA DÍAZ GÓMEZ, M.D.

PAULA ANDREA GÓMEZ MUÑOZ.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA.

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.

Bogotá D.C., Colombia.

2020

**SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA RURAL, UNA APROXIMACIÓN
INTEGRAL DEL INDIVIDUO, DESDE LA COMUNIDAD DE CHÍQUIZA-
BOYACÁ, PARA SU ENTENDIMIENTO DESDE LA SALUD PÚBLICA.**

Presentado por:

Berlly Lucía Díaz Gómez, M.D patóloga.

Paula Andrea Gómez Muñoz, Enfermera.

**Trabajo De Grado Para Optar Por El Título De:
MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA.**

Directora: Dra. Ana Camila García, MSc, PhD.

Tutor componente clínico: Dra. Ana Margarita Baldión, M.D patóloga.

UNIVERSIDAD EL BOSQUE
FACULTAD DE MEDICINA.
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA.

2020

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen del Milagro, por darme la oportunidad de culminar este ciclo. A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional. A mi esposo y a mi hijo por su paciencia, comprensión y ayuda. A mis compañeros del Centro de Salud San Pedro de Iguaque, por su colaboración durante este proceso académico.

- Paula A. Gómez Muñoz.

A Dios, por haberme concedido salud, sabiduría y fortaleza para llevar a feliz término este proceso. A mi mamá y a mi nonito (Q.E.P.D.) por su infinito apoyo, su paciencia, sus consejos, sus valores, por la motivación constante, pero sobre todo por su amor. A mis compañeros del Departamento de Patología y Laboratorio clínico De la Fundación Santa Fe de Bogotá y jefes por su apoyo permanente para cumplir este sueño.

A mis docentes de la maestría por todas sus enseñanzas, dedicación y motivación durante mi formación. A los participantes del proyecto de grado del municipio de Chíquiza-Boyacá, por abrirnos las puertas de sus casas y corazones, y a las tutoras del proyecto para que fuera tangible una idea...

- Berlly L. Díaz Gómez.

AGRADECIMIENTOS

- Doctora Ana Camila García.
- Doctora Ana Margarita Baldión.
- La comunidad del Municipio de Chiquiza-Boyacá.
- Docentes de la maestría en salud pública 2018-2/2020-1, Universidad El bosque.
- Al Dr. Alejandro Gómez, director de la maestría en salud pública y la Dra. Anny Bonilla Dueñas, coordinadora de la maestría en salud pública.
- Departamento de patología y laboratorio clínico, biología molecular: Diana Roa MSc.
- Empresa Máster Diagnóstica ni Labtronics S.A.S.

TABLA DE CONTENIDO

1. Título del proyecto	Pág. 2
Dedicatoria.....	Pág. 3
Agradecimientos.....	Pág. 4
2. Palabras clave	Pág. 7
3. Resumen del proyecto.....	Pág. 7
4. Aspectos generales.....	Pág. 10
- Pregunta de investigación.....	Pág. 11
- Objetivo general.	Pág.11
- Objetivos Específicos.	Pág. 11
- Metodología.	
- Tipo de estudio.	
- Población y muestra.	
4.1 ¿Qué sabemos de la salud sexual rural en Colombia?	Pág. 15
4.2 Chíquiza, Boyacá.	Pág. 21
4.2.1. La vivienda rural en Chíquiza, Boyacá	Pág. 26
4.2.2. ¿A qué se dedica la población rural en Chíquiza, Boyacá?.....	..Pág. 30
4.2.3. Las familias rurales.....	Pág. 35
4.2.4 ¿Qué proyectos a futuro los mueve?.....	Pág. 39
4.2.5. Las relaciones de pareja en el área rural	Pág. 42
5. La salud rural – Chíquiza, Boyacá.....	Pág. 45

5.1. ¿Como es su estado general de salud?	Pág. 47
5.2. ¿Cómo es su experiencia con los servicios de salud a los cuales tiene acceso?.....	Pág. 48
5.3. ¿Como contemplan la planificación familiar?	Pág. 55
5.4. Vivencias de la sexualidad en el área rural.....	Pág. 61
5.5. ¿Que conocen de las enfermedades de transmisión sexual/infecciones de transmisión sexual.....	Pág. 67
5.5.1 Pruebas de tamizaje para ETS/ITS.	
5.5.2 ¿Cómo Se Encuentran Los Participantes de Chíquiza-Boyacá en ETS?	
6. Conclusiones.	Pág. 88
7. Conflictos de interés y consideraciones éticas.....	Pág. 91
8. Referencias.....	Pág. 92
9. Anexos.	
Anexo #1, Mapas, tablas y figuras.	
Anexo #2, Registro poblacional.	
Anexo #3, Categorías y variables	
Anexo #4, Registro INVIMA del test de ETS.	

2. PALABRAS CLAVE

Comunidad rural, campesinos, ruralidad, salud sexual, salud reproductiva, enfermedades de transmisión sexual, infecciones de transmisión sexual, ETS, ITS, tamizaje rural, Colombia.

Rural community, farmers, country person, rurality, sexual health, reproductive health, sexually transmitted diseases, sexually transmitted infections, STDs, STIs, rural screening, Colombia.

3. RESUMEN

Introducción: El comportamiento de la población colombiana en las últimas décadas se ha caracterizado por la migración de la población hacia las ciudades en busca de mejores condiciones de vida, en el 2018 el 76,8% (38.295.351) de la población colombiana habita en las cabeceras municipales y apenas el 23,2% (11.538.889) en las zonas rurales.

Este proceso migratorio (que también incluyó procesos de desplazamiento forzado) ha generado una brecha entre lo urbano y lo rural, generando por parte de las instituciones mayor atención hacia los lugares donde se encuentra concentrada la población, dejando en segundo lugar a las comunidades campesinas en aspectos tan importantes como la salud y la educación. Todo ello profundiza las brechas e inequidades, que terminan siendo reforzadas por las instituciones en vez de ser aminoradas.

En salud, uno de los aspectos más marcados de la inequidad, se ve reflejado en los indicadores de salud sexual y reproductiva del país, no sólo por los patrones tan particulares para cada sector, sino además por el vacío de conocimiento fruto de la poca investigación que se realiza sobre salud sexual rural en Colombia.

En el presente proyecto se propone entender qué es la salud sexual y reproductiva para una comunidad rural ubicada en Boyacá (Chíquiza), conocer su percepción, hábitos, conocimiento, prácticas y la presencia de infecciones y/o enfermedades de transmisión sexual en los participantes, con el fin de tener un abordaje integral de las lógicas,

preocupaciones, y necesidades de los campesinos desde una aproximación desde las ciencias sociales.

Objetivo: Explorar las actitudes, conocimientos, prácticas de la vida sexual y reproductiva, y del estado de salud sexual de la comunidad rural de Chíquiza-Boyacá, para su entendimiento y aproximación crítica a la salud pública rural.

Metodología: A partir de un estudio de metodología mixta, preponderancia cualitativa (CUAL-cuan), con un enfoque inspirado en la hermenéutica, interpretativo, con la intención de explorar las realidades de un caso de la ruralidad de Colombia (una pequeña parte de la población), en Chíquiza-Boyacá. Las herramientas para la recolección de datos, son: la observación, y la entrevista, que permitan describir el caso y triangular la información. Y el componente cuantitativo contempla un estudio descriptivo, serie de casos, al realizar un test/prueba diagnóstica, con el fin de detectar infecciones/enfermedades de transmisión sexual en los participantes, mediante una muestra de orina, y analizada mediante reacción de la cadena de polimerasa reversa (PCR) como complemento del componente cualitativo, para, además conocer el estado de salud de los participantes a nivel clínico. Obteniendo una aproximación integral a los participantes en cuanto a su salud sexual y reproductiva.

Resultados: La dinámica familiar de las comunidades rurales del municipio de Chíquiza ha presentado un cambio generacional relacionado tanto con la composición de la familia, como con la educación que se da a su interior en temas relacionados con la sexualidad, modificando patrones culturales y las representaciones mentales a la hora de tomar decisiones individuales y colectivas en cuanto a su sexualidad. Por otra parte, al realizar un test de reacción de la cadena de polimerasa (PCR) de una muestra de orina, para la detección de múltiples microorganismos, en 6 de los 7 participantes se aisló algún microorganismo, y en 3 de ellos se detectó más de un microorganismo. Los microorganismos encontrados, fueron: *Ureaplasma urealyticum/parvum*), *Chlamydia trachomatis* Serovares A-K, y *Mycoplasma hominis*.

Conclusiones: En el campo hay cobertura del servicio de salud, pero con importantes barreras de acceso tanto culturales como prácticas. Los servicios de salud sexual rural se centran en las mujeres y muy fuertemente en la planificación familiar, pero no logra aún un completo diagnóstico ni una atención integral contextualizada. Los centros de salud de primer nivel en el área rural deben fortalecer, además, diversos aspectos de su atención, desde la generación de vínculos de confianza con la comunidad para su atención, replantear programas de promoción y prevención que estén en sintonía con las políticas nacionales actuales, fomentar la inclusión de jóvenes, hombres y mujeres, que comprendan desde la educación, en asociación a los centros educativos, hasta mejorar la oferta del laboratorio clínico, ofreciendo test diagnósticos de enfermedades de transmisión sexual asequibles a la población rural y no limitar su detección a los controles prenatales. En el municipio, se requiere que sean incluidos en los programas de ejecución, actividades relacionadas a la salud sexual y reproductiva. La aceptación del test implementado, fue muy favorable por los participantes ya que consistía en una autotoma, lo que parece adecuado en un ambiente cultural campesino, donde el cuerpo es objeto de mucha reserva.

4. ASPECTOS GENERALES:

García López, refiere que los conceptos de salud y sexualidad están íntimamente ligados al concepto de vida. Por lo tanto, se pretende hacer un acercamiento a la vida de algunas comunidades rurales para entender más profundamente y a partir de su contexto y experiencias cotidianas, aquello que entienden por sexualidad, aquello que consideran ser sus problemas de salud sexual y reproductiva, el modo como suelen solucionarlos y aquello que consideran óptimo o deseable en este campo, más allá de nuestra mirada urbana sobre ellos (1).

El área de salud aún carece de una comprensión que dé cuenta de la complejidad envuelta en la sexualidad de las comunidades rurales, se puede tener una lectura profunda de su realidad, que facilite entender aquello que los indicadores y estadísticas muestran sobre su salud sexual, más allá de una explicación por determinantes sociales (2), de esta realidad como siendo apenas un producto de la pobreza y el bajo nivel educativo en el campo.

Conocer estos antecedentes es indispensable, para tener una aproximación real sobre la salud sexual y reproductiva rural en nuestro país a gran escala, siendo necesario iniciar con una aproximación mediante la descripción de un caso de la Comunidad de Chíquiza-Boyacá. Que busca una aproximación desde el punto de vista de las ciencias sociales llenar vacíos sobre la percepción, actitudes y acciones, y junto a las ciencias de la salud se pueda mejorar el entendimiento de la perspectiva rural de esa realidad, así como, describir los problemas de salud encontrados en el test de tamizaje para enfermedades de transmisión sexual de los participantes, partiendo de un vacío bibliográfico al respecto en las bases de datos de consulta bibliográfica, dada la invisibilidad de la Colombia rural (3)

Es por esto, que, en este escenario, se torna muy importante explorar el conocimiento que se tiene sobre las lógicas de vida en el campo y el modo como ellas se reflejan en los indicadores de salud sexual y reproductiva (SSR).

En el presente documento, se propone mejorar y alimentar los presaberes, ampliar las fronteras del conocimiento respecto a la salud sexual y reproductiva de los habitantes del área rural/campo, para que a partir de estos se evalúen las estrategias de intervención actuales acorde su cultura y su concepción de la salud sexual y reproductiva:

Para una aproximación integral sobre diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva rural (SSR) queremos conocer: ¿Cuál es la percepción, prácticas, conocimientos y el estado de la salud sexual (presencia de microorganismos relacionados con las enfermedades de transmisión sexual) en una pequeña parte de la población de la comunidad rural de Chíquiza-Boyacá?

Objetivo general:

Explorar las actitudes, conocimientos, prácticas de la vida sexual y reproductiva, y del estado de salud sexual de la comunidad rural de Chíquiza-Boyacá, para su entendimiento y aproximación crítica a la salud pública rural.

Objetivos Específicos

- Indagar los discursos y prácticas de la vida sexual y reproductiva en hombres y mujeres entre los 18 años a los 45 años (edad reproductiva).
- Explorar la presencia de infecciones y/o enfermedades de transmisión sexual en hombres y mujeres entre los 18 años a los 45 años (edad reproductiva).
- Sondar el conocimiento y forma de adquisición del mismo, que tiene la población rural sobre infecciones y/o enfermedades de transmisión sexual.

Con tales propósitos, mediante una investigación exploratoria de metodología mixta, predominio cualitativo (Cualitativo mixto, CUAL-cuan) y con un enfoque inspirado en la hermenéutica, interpretativo, que exploraron las realidades en un grupo de personas en el área rural sobre su salud sexual y reproductiva, una aproximación en Chíquiza-Boyacá, un caso de la ruralidad de Colombia. La hermenéutica nos ayudó a la interpretación, como vía del comprender los fenómenos sociales, puede ofrecer criterios para elaborar una crítica de las tradiciones metodológicas utilizadas (4, 5). Las herramientas para la recolección de datos, fueron: la observación, la entrevista, grabaciones, transcripciones y el análisis de los diferentes datos demográficos aportados por los participantes (anexo #2), que permitan describir el caso y triangular la información (6).

El componente cuantitativo se contempló un estudio descriptivo de tipo serie de casos, que provienen de los sujetos participantes de la entrevista (componente cualitativo), mediante la realización de una prueba diagnóstica, para identificar la presencia de los microorganismos causantes de las infecciones de transmisiones sexual/enfermedades de transmisión sexual en los participantes como complemento del componente cualitativo, siendo de interés conocer el estado de salud de los participantes en el nivel clínico, para una aproximación integral del individuo. Los resultados de los test para detección de ETS/ITS fueron entregado a la enfermera del E.S.E de San de Pedro de Iguaque, quien es una de las investigadoras, con el fin de conservar la privacidad de cada participante por la información sensible de su contenido y en caso de ser positivo se remita al médico tratante del centro de salud para tratamiento complementario.

La selección de los sujetos de la comunidad rural del municipio de Chíquiza-Boyacá, correspondió a voluntarios, que asisten al centro de salud (E.S.E), incluyendo hombres y mujeres mayores de edad entre 18 y 45 años, residentes en el área rural del municipio de Chíquiza, y pertenecientes a cualquier etnia. Los interesados en participar en el estudio se registraron con la Enfermera jefe del E.S.E, y se les asignó el número de consecutivo con el cual se identificaron para el resto del estudio; a cada participante interesado en participar se le explica en que consiste el proyecto, que consta de un componente cuantitativo que corresponde a la entrega de una muestra de orina para evaluar la presencia de microorganismos

causante de enfermedades de transmisión sexual (ETS/ITS) y un componente cualitativo el cual se desarrolló mediante una entrevista, en este momento el participante decide si desea participar y se le entrega el consentimiento informado para su firma. El participante puede retirarse de la investigación si así lo deseaba en cualquier punto de la misma y sin aportar explicaciones. Los participantes no obtuvieron ningún tipo de remuneración.

A los participantes (P) se les denominará como **P#**.

Se usó la metodología en bola de nieve para difundir la información entre los residentes del municipio de la zona rural (7), y la selección de los participantes fue de tipo no probabilístico (7).

A. Criterios de inclusión:

- i. Hombres y mujeres entre 18 y 45 años.
- ii. Mujeres no gestantes al momento de la prueba.
- iii. Residir por más de un año en la población de Chíquiza-Boyacá, zona rural.
- iv. Saber leer y escribir.

B. Criterios de exclusión:

- i. Mujeres con embarazo confirmado.
- ii. En el caso que, dentro de los participantes, correspondan a parejas con unión de hecho, solo puede participar en la realización del test de tamizaje uno de ellos, con el fin de dejar pruebas disponibles a otras personas, ya que se asume del principio que si uno de los conformantes de la pareja presenta algún patógeno el otro también lo portará.

Se realizó una entrevista individual semiestructurada con la preparación de un índice temático (anexo #3), que permitió mantener la dirección, la estructura y los objetivos de la entrevista. Así mismo, se utilizó como rigor metodológico las “notas de campo/bitácora”, en la cual las investigadoras registraron lo observado desde sus propios sentimientos e impresiones; llevando un análisis secuencial, que consiste en una revisión continua de los datos mientras se está aún en el proceso de captura de la información. Las categorías analíticas y descriptivas son de carácter emergente y poseen por sí solas un carácter comprensivo de la realidad abordada (8). No se accedió a las historias clínicas de los participantes.

El número de participantes no respondió a criterios de tipo cuantitativo de muestreo, sino a un muestreo de carácter teórico, el cual es “una recolección de datos guiada por los conceptos derivados de la teoría que se está construyendo y basada en el concepto de hacer comparaciones, que maximicen las oportunidades de descubrir variaciones, el surgimiento de categorías y subconceptos, que hagan más densas las categorías” (5, 9).

En total, se realizaron 7 entrevistas de duración aproximada entre 26 minutos y 57 minutos, que fueron grabadas, transcritas y analizadas por cada investigador.

Los participantes del estudio: 5 de 7 (71,4%) fueron mujeres y 2 de 7 (28,6%) hombres, pertenecientes a tres (3) de las 16 veredas del municipio de Chíquiza-Boyacá (Turmal, Patiecitos y Carrizal), con un rango de edad entre los 19 años y los 43 años, una edad media de 34,4 años, una mediana de 37 años, con un Cuartil 1 (Q1) de 30.5 años y un Cuartil 3 (Q3) de 40.5 años.

4.1 ¿QUÉ SABEMOS DE LA SALUD SEXUAL RURAL EN COLOMBIA?

Se realizó una búsqueda de la literatura en Biblioteca Juan Roa Vásquez, Scielo y Lilacs y BVS, al igual que en Pubmed, usando los términos MeSH y DeCS: “Rural STD” AND “screening” AND “Colombia”, sin obtener resultados. Con los términos “Rural AND sexual and reproductive health AND Colombia, se obtienen 13 resultados. Uno de los cuales mencionaba la Prevalencia de anticuerpos específicos contra el virus del herpes simple-2 y factores asociados en mujeres de un pueblo rural del occidente de Colombia en el año 2011 (10) y los 12 estudios restantes no contemplan población rural, por lo que se excluyen.

Una tercera búsqueda con las palabras “Rural STD AND screening”, arroja 81 resultados de los cuales solo dos incluyen ITS/ETS en población rural en África y en una comunidad americana-india, un texto de Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina (11).

Los estudios restantes tratan de VIH únicamente, menores de edad, como un realizado en Centroamérica sobre el conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural (12), y otro también en menores de edad, realizado en Boyacá sobre las prácticas sexuales y uso del condón en jóvenes de 2015 (13).

Los estudios restantes no incluyen población rural, o son acerca del cáncer cervical. La búsqueda en los repositorios de tesis de la universidad El Bosque y la Universidad Javeriana no arrojaron resultados relacionados.

Nuestro marco de referencia mundial, corresponde a la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en el 1994, que incluyó un nuevo enfoque con respecto al cuerpo de las mujeres y su salud sexual y reproductiva. Asimismo, se debe considerar a los adolescentes y jóvenes como sujetos de derechos reproductivos, lo que se reafirmó en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) (11).

En los años 90's, se enfatizaba en la regulación y el control de la población para alcanzar cifras y objetivos demográficos, pero, a finales de los 90's, se planteaba que se debía satisfacer las necesidades de las personas y se incluyó la perspectiva de derechos humanos en los temas de población y desarrollo, mediante la implementación de un programa de Acción de 20 años enfocado en la salud reproductiva y los derechos reproductivos, aunque dichos programas pocas veces estaban diseñados para “responder a las agendas específicas de mujeres rurales jóvenes”, desafortunadamente en Colombia, Perú y Bolivia quedaron en fase piloto (11).

En Latinoamérica, desde 1990 y principalmente a comienzos del 2000, los esfuerzos se han enfocado la salud materno-infantil, para disminuir las tasas de mortalidad materna e infantil en las zonas rurales, el control prenatal, el parto institucionalizado, así como el control perinatal y del niño sano. Es por esto que, en agosto del 2008, treinta países de Latinoamérica y el Caribe aprobaron, en el marco del XVII Congreso Internacional de SIDA, la Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con educación”, y se comprometieron a implementar y fortalecer las estrategias intersectoriales de educación integral en sexualidad y promoción de la salud sexual, incluyendo la prevención del VIH y SIDA y las infecciones de transmisión sexual, con el propósito de reducirlas para el 2015, que el 75% las escuelas cuenten con una educación integral en sexualidad y un 50% los adolescentes y jóvenes tengan una adecuada cobertura para atender sus necesidades de salud sexual y reproductiva (11).

Es relevante mencionar en este punto, el trabajo que la Dra. Cecilia Cardinal de Martín, M.D, pionera en nuestro país sobre educación sexual. Y quien crea la fundación “educación para la salud reproductiva”- ESAR en 1990 y hace parte de CRESALC-Comité Regional para la Educación Sexual en América Latina y el Caribe, con el fin de promover cursos de sexualidad y preparar mujeres y hombres; aun así, este impacto no ha sido tan visible en la población rural. (14)

A nivel nacional, el plan decenal de salud pública 2012-2021, en la dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos, con componentes, como: “la Promoción de los derechos sexuales y reproductivos y equidad de género y la Prevención y atención integral en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) desde un enfoque de derechos” y “Garantizar el nivel más alto de la Salud Sexual y Reproductiva a través de la prevención y atención integral, humanizada y de calidad”, se propone lograr las estrategias planteadas en el XVII Congreso Internacional de SIDA, la Declaración Ministerial de la Ciudad de México “Prevenir con educación” (2008), al promover el acceso a servicios integrales en Salud Sexual y Reproductiva de la población de adolescentes y jóvenes, con énfasis en la población de 10 a 19 años, para la detección y atención de los factores de riesgo y el estímulo de los factores protectores (15).

Algunas de las metas del componente para el año 2021, son: (15).

- Que el 80% de las entidades territoriales contará por lo menos con un espacio transectorial y comunitario, que coordinará la promoción y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.
- Que el 100% de las entidades nacionales y departamentales, y el 80% de las municipales, incluirán programas y proyectos para garantizar los derechos sexuales y los derechos reproductivos en los planes de desarrollo, y asegurarán la

participación de las organizaciones y redes de los siguientes grupos poblacionales: mujeres, jóvenes, grupos étnicos, personas con discapacidad, comunidad LGBTI, víctimas del conflicto armado, entre otros.

- Que el 80% de las instituciones educativas públicas garantizará que las niñas, niños, adolescentes y jóvenes cuenten con una educación sexual, basada en el ejercicio de derechos humanos, sexuales y reproductivos, desde un enfoque de género y diferencial.

Es por esto, que en el 2013, se expide la Ley de Convivencia Escolar (Ley 1620 de marzo del 2013), la cual definió la educación para el ejercicio de los derechos humanos, sexuales y reproductivos, "por la cual se crea el sistema nacional de convivencia escolar y formación para el ejercicio de los derechos humanos, la educación para la sexualidad y la prevención y mitigación de la violencia escolar" (16); aunque ya estaba la ley 115 de 1994, en sus artículos 13 y 14 mencionaba la garantía a la educación sexual, "Desarrollar una sana sexualidad que promueva el conocimiento de sí mismo y la autoestima, la construcción de la identidad sexual dentro del respeto por la equidad de los sexos, la afectividad, el respeto mutuo y prepararse para una vida familiar armónica y responsable", y "La educación sexual, impartida en cada caso de acuerdo con las necesidades psíquicas, físicas y afectivas de los educandos según su edad." (17).

En cuanto a la detección de ETS/ITS, el plan decenal de salud pública, plantea promover la articulación sectorial, transectorial y comunitaria de los determinantes sociales, que inciden en la epidemia de Infecciones de Transmisión Sexual ITS-VIH/Sida, con énfasis en poblaciones en contextos de mayor vulnerabilidad, garantizando el acceso a la prevención y a la atención integral en salud, y fortaleciendo los sistemas de seguimiento y evaluación, y sus metas, son: (15).

- Mantener la prevalencia de infección por VIH en menos de 1% en población de 15 a 49 años, que el porcentaje de transmisión materno-infantil del VIH, sobre el número de niños expuestos, sea menor al 2%, mantener la incidencia de sífilis congénita en menos de 0.5 casos/1000 nacidos vivos, el 100% de las mujeres en control prenatal habrán sido tamizadas para Hepatitis B, dar acceso universal a terapia Anti Retro Viral ARV para todas las personas en necesidad de tratamiento, y aumentar significativamente el porcentaje de uso de condón en la última relación sexual con pareja ocasional en las poblaciones de mayor vulnerabilidad (15).
- *En cuanto a planificación familiar:* Disminuir a 61 por 1.000 la tasa específica de fecundidad en mujeres adolescentes de 15 a 19 años. Y que el 80% tengan uso de métodos modernos de anticoncepción en mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) (15).
- *En cuanto al control prenatal,* que el 95% de las mujeres gestantes tendrán 4 o más controles prenatales en el 94% de las entidades territoriales. Y que el 80% de las mujeres gestantes, ingresarán al control prenatal antes de la semana 12 de edad gestacional. Así mismo, disminuir la proporción de adolescentes alguna vez embarazadas al 15%. (15).
- Otras metas, consisten en: contar con un sistema de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, atención integral de las víctimas de violencias de género y violencias sexuales, dentro y fuera del conflicto armado (15).

Los indicadores sociodemográficos de la población colombiana han mostrado que existe diferencia entre la realidad que afronta la comunidad urbana y la rural (3). Esta diferencia se ve reflejada en las inequidades sociales tales como la pobreza rural que es superior a la urbana: por ejemplo, en el 2008, la incidencia de la pobreza en el mundo en desarrollo es de

51,2%, mientras la pobreza rural asciende a 60,9% (18). La incidencia de la pobreza multidimensional y la brecha urbano-rural para el periodo 2010 a 2014, en las zonas rurales este valor ha disminuido desde los 53,1% hasta los 44,1% y en las zonas urbanas desde el 23,5% hasta 15,4%; pero, aun así, la brecha urbano-rural se ha incrementado, de 2,26 en el 2010 hasta el 2,86 en el 2014, estimando por cada 1% de pobres en la zona urbana se presentan 2,86% en la zona rural. (19).

El menor nivel educativo, el bajo logro educativo con una incidencia en la zona rural históricamente, alto en el 83,6% en el 2014, mientras en la zona urbana se encuentra en el 41,8% en el mismo año. (19); y el menor acceso a los servicios de salud en el área rural, en cuanto a las “barreras de acceso a servicios de salud se observa un incremento en las personas rurales que a pesar de necesitar ir al médico no asistió a los centros de salud”, pasando de un 8,5% en el 2010, a un 9,9% en 2014, y en la zona urbana no es constante el comportamiento, pero con una tendencia decreciente del 6,4% al 5,4% (19). Asimismo, la salud sexual y reproductiva es otro de los aspectos donde la inequidad entre estas dos realidades nacionales es más marcada en términos de salud (3).

Se considera barreras de acceso a servicios de salud cuando hay una necesidad, que un hogar al menos una persona tuvo alguna enfermedad, problema odontológico u otro problema de salud que no implicó hospitalización y no acudieron a un médico general, especialista, odontólogo, terapeuta o institución de salud. (19).

4.2 CHÍQUIZA, BOYACÁ

Mapa 1. División política por municipios en Boyacá.



Fuente: De milenioscuro - Proyecto de acto legislativo 088 de la Cámara de Representantes Tunja: área metropolitana, CC BY-SA 4.0, disponible en: <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=37252905>

Acorde al Análisis de la Situación en Salud (ASIS) y datos del Esquema de Ordenamiento Territorial (EOT), el municipio de Chíquiza (de 119.52 Km²), se encuentra en el Noroccidente de Tunja-Boyacá, a una altura de 2900 m.s.n.m, conformado por 16 veredas (48.5% de la extensión del municipio, conformada por: Cerro, Rio Abajo, Chíquiza y Patiecitos, y el 51% conformado por Carrizal, Corregidor, Hondura, Juan Díaz, Laguneta, Llano grande, Monte, Puente piedra, Rondón, Sucre, Turmal y Vergara), dos centros poblados y la cabecera municipal (23.71 km²), y cuenta con tres pisos bioclimáticos: Páramo

(76.4% de la superficie del municipio), frío (23.3% de la superficie del municipio) y templado (0.3% de la superficie total) (20, 21) (Ver Anexos 1: Mapa N°1 y N°2)



Fotografía: Gómez, Paula. Frailejón. San Pedro de Iguaque, Chíquiza, Boyacá

Para el año 2018, las proyecciones del Censo DANE 2005 la distribución por área geográfica del municipio de Chíquiza, muestra que el área urbana corresponde al 1.7% (91 habitantes) y el área rural equivale al 98.3% de la población total (5222 habitantes) (Ver Anexo 1: Tabla N°01) (20, 22)



Fotografía: Gómez, Paula. San Pedro de Iguaque, Chíquiza, Boyacá

Según la definición del DANE de área rural o resto municipal además de tener una disposición dispersa de viviendas y tener explotaciones agropecuarias, no cuentan con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas (18), y la densidad población es inferior a 150 habitantes/km² (entre 10 hab/km² y 100 hab/km²), y rural disperso menos de 50 hab/km², esta distribución lo cataloga como un municipio de ámbito rural (23, 24)

El municipio de Chíquiza presenta una densidad poblacional de 37 habitantes/Km (20) por lo que se considera en su mayoría rural (98.3% rural, 1.7% urbano) (20, 22).

La pirámide poblacional del municipio Chíquiza para el año 2018 es estacionaria, reflejando una mayor tasa de natalidad y una menor tasa de mortalidad. La relación entre hombres y mujeres para el año 2018 muestra que por cada 120 hombres hay 100 mujeres y la población productiva se puede observar que 3181 habitantes (60.9% de la población) se encuentran entre los 15 y 59 años. (Ver Anexo 1: Figura N°01)

En los indicadores municipales de escolaridad, en el 2015 había 764 estudiantes matriculados. Observando una deserción escolar constante en los últimos cuatro años en 165 estudiantes, con un promedio de deserción de 55 (5.89%) estudiantes por año. (25)

4 de 7 (57,2%) de los participantes tienen primaria completa y 3 de 7 bachiller completo.



Fotografía: Gómez, Paula. San Pedro de Iguaque, Chiquiza, Boyacá

Las comunidades rurales en nuestro país tienen un contexto especial, no solo por la falta de carreteras, transporte limitado, cantidad de personal sanitario disponible, sino por la geografía quebrada de nuestro país, lo que hace que se limite aún más el acceso a los servicios de salud básica y con calidad (3, 21)

En Chiquiza, la red vial está conformada por vías principales y vías secundarias que en su conjunto llegan a los 170 Km, de las cuales un 33.6% se encuentran en buen estado, el 31.2% en regular estado y el 35.2% en mal estado. El municipio se encuentra enmarcado por dos vías nacionales, las cuales no ha podido aprovechar por las malas condiciones de sus vías internas. Se comunica con dichas vías de Chiquiza a la Vía Tunja - Villa de Leyva: 10 Km, De Chiquiza - Iguaque a la Vía Tunja - Bucaramanga: 21 Km, De Chiquiza a Tunja: 32 Km y De Iguaque a Tunja: 25 Km (20), (Ver Anexo 1: Tabla N°02).

El principal medio de transporte entre Chiquiza y los Municipios es el transporte particular (Ver Anexo 1: Tabla N°03). La distancia en kilómetros y el tiempo que se tarda en llegar

desde las diferentes veredas hasta la cabecera municipal San Pedro de Iguaque, puede variar de acuerdo con las condiciones climáticas y de la carretera dado que estas en su gran mayoría son sin pavimentar (Ver Anexo 1: Tabla N°04) (20).



Fotografía: García, AnaCamila. Entrada San Pedro de Iguaque, Chíquiza, Boyacá



Fotografía: García, AnaCamila. Vías de Chíquiza, Boyacá

4.2.1. La Vivienda Rural: ¿Cómo Se Vive En El Campo?



Fotografía: Gómez, Paula A. Chíquiza, Boyacá

En el trabajo de campo se observó que las viviendas del municipio tienen un rango entre dos y cuatro habitaciones dependiendo del número de personas que habitan en ellas, mencionan que aun, cuando al principio de la conformación familiar las casas son muy pequeñas, luego van mejorando para que cada uno tenga su espacio.

P5: "...nosotros vivíamos, ahora vivimos como unos reyes como los reyes de España, esta es mi casa, es propia, pero al principio fue terrible, yo vivía con mis

chiquitines los tres en una pieza en una sola cama. Cuando llegó el niño (el nieto) y el marido de mi hija ya me tocó comprarle una cama a ella, pero dormíamos en la misma pieza y ahorita pude construir más habitaciones y yo ya duermo solo con la pequeña porque mi esposo solo llega los fines de semana” (Minuto 17:39)

La distribución de las viviendas se da en razón de la relación entre los miembros de la familia.

P6: “...en la casa de ahora hay cuatro habitaciones, duerme mi hija con su marido, en la otra dormimos los dos (con el esposo) y en la otra duerme mono (el hijo) solo y en la otra duermen mis hijos Jairo y Cristian y mi cocina y mi baño” (Minuto 25:31)

En cuanto a la propiedad de las viviendas del municipio, estas al inicio de las relaciones de pareja son familiares, dado que van a vivir a la casa de alguno de los padres, con la familia extensa.

P4: “Nosotros vivimos con mi papá y mi mamá en la casa de ellos, ahí no pagamos arriendo, pero ayudamos para el mercado y para los gastos de la casa...”. (Minuto 3:12).



Fotografía: Díaz, Berlly L. Chiquiza, Boyacá

Los participantes refieren que se mantienen en la casa de sus padres mientras pueden conseguir dinero para tener sus propias cosas.

P4: “...mi esposo y yo hemos pensado en independizarnos y buscar una casita para solo nosotros dos, pero por ahora toca esperar y seguir ahí con mi papá mientras tenemos plata”. (Minuto 7:52).

Cuando se construye su propia casa y se obtienen sus propias cosas, los habitantes del área rural consideran que se da un cambio de vida radical en el que su vida mejora:

P7: " ... yo ya vivo en mi casa, yo me compre una finca allí arriba y vivo con mi esposo y mi hijo, es propia, porque antes vivíamos donde mis suegros y compramos un pedacito de tierra e hicimos la casa...pues así no sea la mejor casa, pero uno vivir en su casa es una bendición" (Minuto 3:15)

Cuando se da una consolidación de la familia en su propia vivienda y sus hijos crecen, los padres se vuelven receptores de los hijos y sus nuevas parejas, como sí se tratara de un ciclo.

P5 " ... cuando mi hija hizo su familia y llegó el niño [el nieto] y el marido de mi hija, ya me tocó comprarle una cama a ella y dejarle una pieza para ellos solos, así como mis suegros hicieron conmigo..." (Minuto 18:07)

4.2.2. ¿A Qué Se Dedicó La Población Rural En Chíquiza, Boyacá?



Fotografía: Gómez, Paula A. Chíquiza, Boyacá

P7 “nosotros trabajamos en el campo sembrando y cuidando animales” (Minuto 4:00).

Al ser predominantemente rural el municipio, todos los entrevistados se dedican a la agricultura.

La dedicación a la agricultura genera redes en las cuales se relacionan entre vecinos, amigos y familiares, y consideran que el trabajo se torna como una ocupación familiar en la cual se involucran todos sus miembros



Fotografía: Gómez, Paula A. Chíquiza, Boyacá

P4: “Mi esposo y yo trabajamos en el campo...” (Minuto 4:19)

P6 “Mis hijos trabajan también en el azadón...” (Minuto 3:22.

*P4“ ...sembramos cebolla y papa con mi papá y con un tío de mi esposo” (Minuto
4:24)*

La agricultura del municipio es variada, y su principal actividad económica es la agricultura en la cual se producen productos como maíz, papa, arveja, trigo, nabos, ibias, rubas, cebolla y tallos (25),

*P1 “...sembramos papa, habas, zanahoria, nabos, rubas, maíz, cebolla” (Minuto
13:25).*

Y es alternada con el cuidado de los animales:

*P7“...son dos vacas, cabras tenemos 4, marranos, ahí los tenemos y pues ahí se les da la
comida...” (Minuto 4:15)*



Fotografía: Gómez, Paula A. Chíquiza, Boyacá

Para los campesinos el trabajo del campo demanda gran parte del día e inicia desde muy temprano:

P7 “...lo que requiere cuidado es en la mañana: levantarse uno a darle de comer a las vacas y a ordeñar y darles agüita, y ahorita en la tarde les da agua otra vez y les pone pasto, y lo mismo los cerdos se les echa en la mañana la comida y ahorita en la tarde otra vez... y las gallina si mucho echarles maíz ahí en el patio, y las cabras toca amarrarlas, porque si no, se van y se comen la papa, la arveja el maíz, y hasta el jardín...en eso se le pasa a uno el día y ya por la tarde comemos y a dormir por ahí tipo ocho o nueve” (Minuto 4:45)



Fotografía: Díaz, Berlly L. Chíquiza, Boyacá

El trabajo del campo es compartido entre hombres y mujeres, sin embargo, todas las mujeres campesinas entrevistadas refieren que ejercen labores del hogar. Y solo uno de los dos hombres participantes participa en labores del hogar.

Esposa de P1: “Me dedico primeramente a cuidar de la casa, de mi marido y de mis hijos...”. (Minuto 5:55).

Las mujeres campesinas tienen un rol importante en la agricultura, dado que, además de ejercer las labores propias del hogar que le han sido asignadas tradicionalmente, también desempeñan actividades productivas en el campo, pese a que este rol se le ha asignado al sexo masculino por la creencia de fuerza y resistencia para los trabajos pesados. En el presente estudio, en lo que mencionan las mujeres campesinas participantes, puede verse que tienen una mayor carga laboral dado que ejercen un doble rol. Y, este aporte sigue siendo considerado como una “ayuda” y no como un trabajo:

Esposa de P1 “Nos compartimos (el trabajo), un ejemplo ayer nos tocó ir a trabajar allá arriba lo de la tierra y yo fui y le ayudé, y hoy él ta que me ayuda, me ayuda a rajar leña, ir a ver el ganado, está con los niños, me ayuda a hacer el almuerzo, entonces nosotros compartimos el trabajo... cuando hay harto trabajo del campo, de la tierra yo me muevo y hago de comer y voy y le ayudo a terminar y cuando él tiene tiempo él también viene, entonces el trabajo es compartido”. (Minuto 11:13).

Para los campesinos del municipio de Chiquiza, el trabajo en el campo es una fuente de ingresos que son usados para mejorar su calidad de vida.

P7 “Nosotros también salimos a jornaliar y nos pagan a 25 el día... y pues cuando no hay trabajo uno vive de la leche, de la leche a uno le pagan quincenal y ahorra su quincena para poder vivir bien...”. (Minuto 6:42).

Sin embargo, este trabajo se hace de manera informal y por tanto los campesinos no tienen la capacidad económica de afiliarse al régimen contributivo de seguridad social.

4.2.3. LAS FAMILIAS RURALES

La concepción de familia para la comunidad rural del municipio de Chíquiza se da desde un aspecto tradicional y religioso dado que todos los entrevistados son católicos y sus familias están conformadas por un hombre (esposo), una mujer (esposa) y unos hijos.



Fotografía: García, AnaCamila. Chíquiza, Boyacá

La tasa de fecundidad para las mujeres de 15 y 49 años, acorde el ENDS 2012-2015 (26), en el campo es de 2.6, mientras en la zona urbana es de 1.8, en la presente investigación la media en el número de hijos está en 2.6 con un rango entre 0 y 5 hijos. Los hijos son en su mayoría producto de su matrimonio, sin embargo, el 2 de los

participantes manifiestan que hay un hijo extramatrimonial, producto de relaciones anteriores o de infidelidades pasadas.

P7“...los tiempos cambian, porque por ejemplo nosotros somos de mi mamá y de mi papá somos 10 (hermanos)...y mi papá a parte tuvo otra esposa y tuvo 5 hijos o sea somos 15 hermanos”. (Minuto 2:35).

Esposa de P1 “... mis hermanos, los 5 primeros si tuvieron hartísima familia. Hay uno que tuvo hasta 13 hijos con la misma señora, luego otros ya tuvieron 7, 8, 5, y bien (Minuto 4:57) ... yo si solo tengo 2 no digo que el último porque no se sabe si haigan más (minuto 2:11) ... los hijos son una belleza, pero se sufre mucho. Yo siento que mi cuerpo ya está en riesgo para otro embarazo entonces yo creo que no más” (minuto 3:40)

Para los participantes la familia se encuentra dividida entre familia nuclear: hijos y pareja, y familia extensa: padres y hermanos, relacionándolas como dos familias:

P1: “Yo me considero dos [familias]. La primera, mi papá, mi mamá y mis hermanos y la segunda, mi esposo y mis hijos y ya...” (Segundo 19)

Para los participantes tanto la familia nuclear como la familia extensa es una red de apoyo refiriendo que:

P1 “...vivimos no tan unidos tan unidos, pero tampoco no tan alejaos, cuando se ofrece algo o se ofrece una dificultad, ellos están o uno está con ellos, y nos estamos comunicando mutuamente...” (Segundo 40).

La red familiar en las comunidades rurales es muy importante y en muchas ocasiones es la única con la que cuentan, dadas las distancias entre las viviendas y el poco tiempo que tienen para las relaciones interpersonales por sus múltiples ocupaciones diarias.

Por este motivo los participantes refieren que los miembros de su familia son con quien tienen confianza y son sus únicos amigos:

P2: "...yo la mayoría solo hablo con mi familia, amigos más bien poco, yo cuando tengo problemas solo hablo con mi esposo, así no más" (Minuto 20:45)

El núcleo familiar de pareja e hijos son considerados como parte fundamental de sus vidas y refieren que las relaciones son buenas, y aun cuando hay dificultades tratan de solucionarlas de la mejor manera. Los participantes refieren que el secreto de la convivencia es el diálogo y que de eso parten las buenas relaciones:

P1: "...y con mis hijos y mi esposo [la relación], gracias a Dios es bien. A veces con mi esposo no dependen puai los malgenios, los regaños, las cosas esas, pero el diálogo lo soluciona todo, puai hablamos y arreglamos así; porque no falta puai el problema, pero también vivimos bien y tengo dos hijos y gracias a Dios estoy bien con ellos...". (Minuto 00:50)

3 de los 7 participantes refieren que ya son abuelos y que lo fueron siendo aún muy jóvenes, dado que sus hijos fueron padres adolescentes. Según los participantes esta situación ha generado dificultades entre los miembros de la familia:

P5 "...he tenido problemas con la grande [la hija], porque es que ella fue madre adolescente y pues quien está de acuerdo con una niña madre adolescente y pues eso no es lo que se quería, pero... bien..." (Minuto 3:49)

Pese a que los participantes han aceptado las decisiones de sus hijos, refieren que:

P6 “...cuando dijeron [los hijos] que la novia estaba embarazada, yo le dije, yo no sé, mire a ver cómo se las arregla, porque ya jum ¡ya que podemos hacer!” (Minuto 13:25).

Los participantes han procurado que estas experiencias no se repitan en sus otros hijos, por su propio bienestar y el de sus familias, y han buscado maneras de mitigar los riesgos.

P5 “... y es que tampoco lo hago, o sea mi pequeña va a dormir conmigo..., el tiempo más completo que viva acá, yo no la dejo sola, porque es que la otra se me escapaba mucho... (Minuto 17:59). “... pero a la chiquita no la suelto ni siendo cierto, eso es un problema y por experiencia lo digo. Por eso le tengo su chifonier, su cama y yo echándole el ojo, pero eso no me puede pasar por segunda vez... ¡Dios mío ayúdame!... porque uno nunca sabe ¿no? (Minuto 18:49) ... Yo espero por experiencia que me diga que tiene novio por ahí a los 14 o 15 años, pero imagínese ese caso desde los 12 años uno martirizado. Mi hijo tiene 15 años y por ahí tiene novia, por ahí bobea, pero así en serio ¡no!, pero es que la otra si jum, doce años, y después 15 días uno en el hospital esperando que nazca él bebe y dos días en riesgo, porque es que son menores de edad, o sea su cuerpo, sus conocimientos, su experiencia, hasta para criar es una vaina jodida...”. (Minuto 19:29)

La experiencia de ser abuelo para los participantes tiene pros y contras:

P7 “Ser abuelo joven por un lado es feo, porque imagínese yo con mi chiquitín [el hijo] si quiero tener otro hijo, mi hijo, menor que la niña, ya él va a ser el tío, o sea el tío más chiquito que el sobrino... pues por un lado no me gusta, pero pues por el otro lado sí, me parece chévere porque ahí está la niña linda y la niña es agradable, es querida” (Minuto 00:55).

4.2.4 ¿QUE PROYECTOS A FUTURO LOS MUEVE?



Fotografía: Gómez, Paula A. Chíquiza, Boyacá

3 de 7 participantes no tienen proyectos a mediano ni largo plazo, al parecer su sentido de presente más fuerte que el de futuro. Y 4 de 7 casos contemplan planes a futuro, de los cuales dos de los 7 tiene el proyecto de estudiar una carrera profesional...

P4: “Yo quiero estudiar pedagogía infantil”, antes de quedar embarazada planeaba estudiar pedagogía infantil, lleva dos años postergándolo, en espera si el próximo año se puede...

Otro participante, además de querer estudiar una carrera profesional, por ejemplo, P3 insinúa tímidamente:

“He pensado en estudiar, pero hasta que mi niña tenga unos siete años, y me gustaría estudiar enfermería” (Minuto 4:11).

Sus otros proyectos son del orden familiar, como casarse e irse a la luna de miel. El 100% de los participantes tenía o tienen como proyecto de vida, tener una pareja estable e hijos.

Otros 2 de 7 participantes solo tiene proyectos familiares, no personales, como:

“Mi proyecto es sacar a mis hijos adelante, que ellos tengan a sus familias bien”.

“Mi hijo, el que se gradúa este año pueda estudiar y salir adelante, y lo que nosotros no pudimos hacer, que lo hagan ellos”.

“Yo quiero que mi hijo menor estudie, que vaya a la universidad y que coja una carrera, es que el campo es bonito, pero el campo a la hora de trabajar es duro, a la hora de decir que me voy a jornaliar a uno le toca coja el azadón y tríllese al sol de hombros”.

“Sí me gustaría que mi hijo menor estudiara y que saliera adelante”.

El 100% de los proyectos familiares contemplan: “...darle un buen futuro a los niños”.

Un participante, desea ahorrar los suficiente para dejar de trabajar en el campo e irse a vivir a la ciudad:

P7: “... y con el tiempo uno irse para allá, no quedarse todo el tiempo acá en el campo”. “Pues uno no pierde las esperanzas poco a poco uno siembra papa y de eso uno saca y por ahí uno va ahorrando”. “La dicha del campo es que cuando uno no tiene trabajo duerme tarde, nadie lo está acosando que se levante que se le vence el arriendo y por ahí poco a poco lo consigue”.

Esto puede explicar la modificación de la población por curso de vida, la primera infancia, infancia y adolescencia con el paso del tiempo van disminuyendo, mientras

que la juventud, adultez y persona mayor de 60 años van en aumento progresivo. El curso de vida que concentra el mayor porcentaje de la población es la adultez (34.7% para el año 2018). (Ver Anexo 1: tabla N°1) (20)

4.2.5. RELACIONES DE PAREJA EN EL AREA RURAL

El área geográfica de la zona rural de municipios como los boyacenses, facilita que se establezcan redes de mundo pequeño, dado que las distancias que hay entre las veredas y al mismo tiempo en las viviendas, hace que los vínculos se den a partir de las relaciones con los vecinos más cercanos, fortaleciendo los vínculos, similar a lo descrito por Watts en la ciencia de las redes (27). De esta manera los habitantes comentan que muchas familias se han formado a partir del trabajo en la agricultura, dado que se contratan personas de varios sectores que terminan estableciendo vínculos afectivos y de pareja.

P2 “Nos conocimos porque yo vine a trabajar a donde mi suegra, es que mis papas son de aquí arribita, pero pues yo nací allá arriba casi colindando con la escuela de llano grande, pero entonces yo venía a trabajar con mis tías y con mis tíos aquí arriba a donde mis suegros y así empezamos...” (Minuto 6:20)

P7 “Nosotros nos conocimos porque éramos vecinos por aquí del campo, nosotros estudiábamos juntos en la misma escuela desde chicos, pero en la escuela nada... porque éramos chiquitos y después ya con el tiempo... porque ellos tenían una finca arriba y ya por ahí nos poníamos a hablar y después ya nos rejuntamos bien” (Minuto 16:28)

Para la comunidad rural entablar una relación de pareja se concibe a partir de la convivencia con el otro en un mismo lugar sin que necesariamente se haga un vínculo religioso, así en cuanto al estado civil 6 de los 7 entrevistados viven en unión libre y solo un participante es casado. Sin embargo, al referirse a sus parejas siempre se hace desde el concepto de esposos con quien tienen proyectos en común y se establece una familia.

Las relaciones interpersonales entre las familias de los participantes en general se consideran buenas.

P2 “Pues nos las llevamos bien... no tan bien [con el esposo] en veces bien, en veces mal, pero la mayoría bien” (Minuto 27:18)

Para la comunidad la relación de pareja está basada en la resolución de problemas a través del dialogo, los participantes refieren:

“Yo soy casada hace 22 años...eso es fácil [el matrimonio] solo hablar, pues porque todo problema se arregla hablando, porque pues si hay violencia pues violencia genera más violencia y por eso hay que hablar”. (Minuto 1:52)

El hecho de que la familia sea una red de apoyo y sea en muchas ocasiones la única con la que se cuenta permite que los conflictos que se tienen en pareja sean pasajeros y se solucionen prontamente para tener tranquilidad.

Esposa de P1 “Que yo este peleando con él uno se siente mal, uno no comen igual, que uno este peleando, yo me siento intranquila, se la pasa estresado y vive uno estresado... aunque digamos que peleamos y él se va y que quedamos peleando y yo quedo en la casa, y no estoy tranquila, y él dice que él tampoco está tranquilo trabajando, que queda la cabeza... por eso les digo que llega el diálogo y se soluciona, porque pa’ vivir así, no hubiera diálogo, entonces, ¡pa’ que se juntaba uno si no va a vivir bien!, pienso yo. Y así va a ser”. (Minuto 19:51)

Para los participantes, los conflictos de pareja son causados principalmente por las personalidades y las inseguridades

P2: “Los principales problemas que tenemos es el genio de él [el esposo], es malgeniado o sea es celoso, que yo haga las cosas que le diga pero así celoso celoso no es, pero se manda una seriedad, pero en ese sentido si me toca yo porque él es

muy malgeniado, por cualquier cosa le da malgenio y yo pues a veces soy tranquila pero a veces me da malgenio también y que ni me hablen” (Minuto 27:33).

Del mismo modo refieren que los conflictos generalmente se dan por otras personas, que se involucran en la relación y que son discusiones sin importancia, que no trascienden a violencia física ni psicológica:

P1 “Por los demás, porque fuera por uno mismo... [risas]. Peleas así de palabras, porque de echar mano, ¡no! Y peleas así por los demás, o que le alcance algo o que me dice algo, y que puai uno maldice, hecha el madrazo. Entonces está mal, esas son nuestras peleas...” (Minuto 20:37)

Así mismo consideran que el trato con su pareja está influenciado por las experiencias de los padres y los ejemplos que recibieron de ellos en sus hogares.

P5 “Yo soy hija o sea en mi casa somos cuatro hermanas, y en mi casa mi papá nunca fue violento con las hijas, entonces cuando me case él [el esposo] sabía que no podía agredirme, porque obvio que no iba a permitirlo, porque o sea nunca mi papá me cascó y que él me cascara no, yo no conozco una cachetada de él...” (Minuto 2:34)

5. LA SALUD RURAL – CHÍQUIZA, BOYACÁ.

5.1 ¿COMO ES SU ESTADO GENERAL DE SALUD?

Los participantes en general consideran que tiene un buen estado general de salud, y únicamente las participantes del género femenino describen afecciones que se limitan a dolores de huesos, de rodilla o dolor de cabeza y algunas gripas, los dos hombres participantes no manifestaron dolencias; todas las participantes del género femenino asisten puntualmente a los controles de los niños, al igual que los controles para realizarse la citología cérvico-uterina y los controles prenatales los comienzan temprano en el embarazo.

En Chíquiza se trabaja fuertemente en integrar la mayor cantidad de mujeres entre 20 y 60 años al programa de la Presidencia de la República FAMILIAS EN ACCIÓN. Cuya intención es fomentar los derechos de las mujeres en lo social y la salud (25)

Las participantes del estudio, que pertenecen al programa de Familias en acción, mencionan que asisten “sin falta” al programa de prevención de cáncer de cuello uterino, vacunación y crecimiento y desarrollo en menores de 10 años. Al indagar más, al respecto, el Centro de Salud ha vinculado los programas de promoción y prevención como requisitos para recibir el subsidio de FAMILIAS EN ACCIÓN.

La esposa de uno de los participantes (P2) manifiesta problemas de salud que le afectan para desempeñar sus actividades diarias:

“... y me duele mucho la espalda y me duela la cabeza, pero es que a veces voy y me ponen con tantos papeles porque para ir a Tunja a sacar una cita entonces para

sacar un día solo para sacar una cita entonces como que cargo mucha pereza ...”
(Minuto 15:40).

La esposa de P2 con 28 años, comenta:

“No sé porque me duele, pues no se si por el trabajo de antes porque antes yo fumigaba harto pues ahora aquí en mi casa no, pero cuando vivía aquí arriba si y es que antes era con tambor ahoritica si es con estacionarias y uno camina con eso pues es más fácil entonces yo creo que es por eso de pronto porque es que si me voy a parar me duele pero me duele son las espaldas la mayoría y esta mano, un pie mejor dicho me duele de todo un poquito de verdad este pie también lo tengo jodido y ya me lo he mandado sobar pero ¡No!, no me lo han podido arreglar, y es que para que me soben me toca hasta cerro y nadie me lleva y de aquí allá son dos horas a donde vive el señor y para irme a pie y venirme sobada no puedo” (Minuto 17:20).

“Antes yo tenía mucho estrés pero es que eso era antes porque antes él [el esposo] se iba para Bogotá y me dejaba sola y se iba con el camión así a llevar papa entonces no llegaba entonces yo como que no podía dormir y siempre que me acostaba se me cansaba la cabeza y yo sentía cansancio en la cabeza o sea yo para voltiarme me cansaba no es que yo para dormir es una tragedia, yo duermo una hora y me despierto del cansancio en la cabeza no yo no puedo dormir porque me duele la espalda o sea es que es como cansancio o sea yo me acuesto boca abajo que para poder descansar y no es a no poder voltiarme yo sé que yo tengo jodida la columna pero me toca ir a ver si me mandan a tomar una radiografía porque me volteo un poquito y no aguanto el dolor o sea me toca acostarme bien derecha o de medio lado entonces o sea yo tengo el sueño mal!” (Minuto 20:07).

En la entrevista P4 menciona que recientemente tuvo una perdida en el segundo trimestre del embarazo:

“Yo iba a una ecografía de los controles, y me dijeron que el corazón no le estaba palpitando bien y se me murió y me lo sacaron, pero no me explicaron por qué fue”

(Minuto 14:04). Ya se encuentra más tranquila al respecto.

P3, por otra parte, tiene confianza en el servicio que el sistema de salud le presta:

“Tuve un accidente en una moto y me hicieron cirugía, y salí bien” (Minuto 5:00).

Y “Solo voy al centro de salud por ahí a la inyección mensual la planificación y a los controles de mis hijos y no más (Minuto 5:43).

En general ninguno de los dos participantes hombres, y así mismo las parejas masculinas de las entrevistadas, formulan que:

P6 de 43 años: “El solo va al médico [el esposo] para que le den medicamentos, porque a veces sufre de gastritis, “...pero es porque él toma, pero nada raro, ¿no?”

(Minuto 6:32).

P3 por su parte afirma que su esposo solo va a odontología: “...a controles si él nunca ha ido” (Minuto 6:05). ¿Por qué?: “Él no va porque le da pena las doctoras”

(Minuto 6:12).

Y en general solo van: “Hasta que uno no está enfermo no acude al médico” (Minuto 6:15).

En el centro de salud hay dos médicos generales que hacen consulta tanto para programas de promoción y prevención como para enfermedad general, siempre se cuenta con un hombre y una mujer y el centro de salud siempre ha ofrecido igualdad de oportunidades para la contratación de hombres y mujeres.

5.2 ¿CÓMO ES SU EXPERIENCIA CON LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS CUALES TIENE ACCESO?

Al hacer una búsqueda sobre los programas de salud local e inversión social que involucre la salud sexual y reproductiva, en los objetivos del plan de desarrollo del municipio de Chiquiza, se plantea el “Facilitar el empoderamiento de los derechos sexuales y reproductivos para promover la sexualidad responsable y más Allá del sexo” (25)

Los planes propuestos para mejorar la categoría de salud sexual, como eje estructural de la política pública planteados para el municipio, (25):

- En la categoría de desarrollo: Inserción escolar, promoción del deporte, la recreación y la cultura.
- En la categoría de protección: Reducción del consumo de alcohol y promoción de la denuncia en casos de violencia sexual.

Si bien, el municipio reconoce que estos planes de acción deben ser fortalecidos en el municipio, ya que presentan importantes debilidades, sumado a los testimonios de los Rectores, Docentes y estudiantes de las Instituciones Educativas del municipio que refieren un ambiente escolar lleno de dificultades, por el matoneo, violencia sexual, violencia física y violencia verbal. (25).

Así mismo en los programas y proyectos planteados para el municipio de Chiquiza para el año 2019, no hay ninguno enfocado en mejorar los aspectos mencionados, y, solo se plantea para el tema de salud un rubro para el servicio de cuñas radiales y perifoneo de los diferentes programas del municipio de Chiquiza. Y como programas de educación solo se tiene planteada una campaña de educación con los estudiantes de obras sociales y concurso ambiental (28).

En el portafolio de servicios de la ESE Centro de Salud San Pedro De Iguaque del municipio de Chíquiza, se considera como una entidad pública de orden municipal, que presta servicios ambulatorios del primer nivel de atención: acciones de educación y promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y protección específica, y acciones de recuperación de la salud (29).

El Esquema de Ordenamiento Territorial del Municipio de Chíquiza 2001 - 2009, refiere que dados los bajos recursos municipales, los servicios de salud de la población son pagados por la nación, siendo difícil la ampliación de la cobertura (21).

Se cuenta con (29): Puesto de Salud Principal, en funcionamiento: Ubicado en San Pedro de Iguaque. el cual cuenta con equipamiento básico de consultorios, camillas, línea telefónica y computadores y el horario de atención es de lunes a viernes: 8 a.m. a 1 p.m. y de 2 p.m. a 5 p.m. (29), con un enfoque en Atención Preventiva Salud Oral Higiene Oral, Promoción en Salud, Planificación Familiar, Vacunación y Otras actividades de detección temprana como: crecimiento y desarrollo en menores de 10 años y detección temprana del cáncer de cuello uterino. No cuentan con el servicio de imágenes diagnósticas, ni fisioterapia y el laboratorio clínico es básico (Ver Anexo 1: tabla N°5) (29).

Al preguntar por los servicios del centro de salud del municipio, los participantes no tienen quejas del servicio, pero al re-interrogar por consultas a medicina general por enfermedad general, prefieren buscar soluciones o respuestas en personas sin educación formal en salud, y no en el sistema “clásico” de salud, como lo comenta la esposa de P2:

“El señor [El sobandero] me dijo que de pronto era por la cesárea porque por parto natural solo tuve a los dos primeros porque en el tercero la niña venía sentada, y como a los 7 meses me dio apendicitis entonces me operaron y me dijeron que de pronto que porque los que tenían los niños por cesárea resultaban enfermos de la columna me dijeron que de pronto también porque como a uno lo hacen doblar y le ponen una inyección en la columna de pronto sea de eso...”
(Minuto 22:04)

P3: *“Yo no me quejo del centro de salud porque siempre yo llego así sea tarde, por ejemplo, una cita para mi hija o para mi hijo, pues con mi hijo he sufrido es por odontología y siempre me dan las citas”* (Minuto 24:19). *Menciona que su asegurador nunca le ha negaron nada. Pero, ... “El único problema a veces con el centro de salud es que a veces no llegan las inyecciones de planificar porque los distribuidores no la traen y toca comprarla, porque si no uno se pasa de día y hay riesgo”* (Minuto 25:09)

Al seguir indagando indirectamente sobre otros aspectos de su salud, surgen inconformidades para asistir por las dificultades con el transporte:

P2: “Yo me siento como mal a veces, pero el transporte para ir al pueblo es difícil, y como para irme a pie, como que lo pienso dos veces, porque un día me fui a pie y se me jodió un pie, y no es que aquí ni bicicleta ni moto ni nada. Porque yo tenía una moto chiquita, pero se dañó, y ya no la arreglamos entonces por eso, y me duele mucho la espalda, y me duele la cabeza, pero es que a veces voy y me ponen con tantos papeles porque para ir a Tunja a sacar una cita entonces para sacar un día solo para sacar una cita entonces como que cargo mucha pereza; y yo mando los papeles para Tunja porque allá tengo hermanas y cuñadas y no me sacan, entonces yo las llamo y les pregunto ¿que qué paso? y ¡no! que se les olvidó, entonces ya se pasan los papeles... y otra vez me toca ir al pueblo y hay ¡No! y eso que yo casi no voy al pueblo, solo por los niños a los controles y ya”. (Minuto 16:20)

La distancia de algunas veredas al pueblo-centro de salud es un factor importante que afecta las barreras de acceso de los habitantes rurales, sumado a la poca disponibilidad de estudios diagnóstico en el centro de salud en imágenes diagnósticas, llevado a desplazamientos a centros de mayor complejidad en otros municipios como la capital-Tunja, primero deben ir para solicitar la cita del examen y luego regresar a la fecha en cual se debe realizar el estudio solicitado por el médico. Los desplazamientos, generan un costo económico y emocional al tener que dejar solas sus casas, buscar quien cuide los niños y descuidan sus ocupaciones en el campo.

Una de las participantes comenta que su prestador de salud no es, en el municipio ya que se encuentra registrada en la capital, y también refiere que ella es consciente del desplazamiento, pero igual no consigue citas cuando necesita...

P5: “Mi seguro no es de aquí, porque como mi esposo trabaja él me tiene afiliada en Tunja y pues allá sí que es más difícil que atiendan porque cuando uno llama no hay agenda” (Minuto 30:05)

Por otra parte, P4, de 19 años, al comenzar a asistir a los controles de planificación familiar, no encontró el apoyo que esperaba:

“Comencé ir de nuevo al centro de salud, después de perder a mi bebe, cuando tenía el “jadell” a los controles con la doctora y vine cuatro veces y le decía que me dolía mucho la cabeza y la médica me dio unas pastas y ella me había dicho que volviera.

Cuando volví ya se había ido y la otra doctora me dijo que no me podía dar la autorización que, porque eso había valido mucho y me dijo muchas cosas, ¡pero que no me puede ayudar! entonces fui a Profamilia y me dijeron que me estaba haciendo daño, mejor pagué y ya me siento mejor”. (Minuto 16:52)

“Yo no puse queja porque para que, mejor pagué, y ya me siento mejor”. (Minuto 18:10)

Los comentarios aportados por P5 son más aterrizados al a realidad de un municipio pequeño y los otros temores que tienen los usuarios del centro de salud al consultar por problemas “privados”, bien lo dice la expresión coloquial *“Pueblo chico, infierno grande”*:

“Yo he trabajado con salud cuando era la promotora de una Empresa Promotora de Salud Subsidiada (Antes ARS), y pues en el centro de salud atienden, pero la gente se queja mucho porque no hay citas, pero es porque la gente quiere las citas de una vez, pero pues atienden” (Minuto 24:27)

Percibe que la gente no confía en el centro de salud porque:

Las “enfermeras” [auxiliares de enfermería] son del pueblo y conocen a todo el mundo. Por ejemplo, a la gente no le gusta tomarse la citología [Citología cérvico-uterina] con las “enfermeras” [auxiliares de enfermería] porque salen a “chismosear, cuentan todo y se burlan de la gente”. (Minuto 33:50)

” Las personas prefieren esperar a que la enfermera jefa les tome la citología porque no les gusta que después cuenten todo”

“Yo creo que las “enfermeras” [auxiliares de enfermería] siendo de aquí es un problema para la gente porque no van al médico con la misma confianza” (Minuto 35:20)

Aunque una sola de las participantes manifestó no confiar en el personal del centro de salud, porque hacen comentarios sobre la higiene de algunos pacientes, motivos de consultas, entre otros, a personas externas, violando el principio de la confidencialidad

al que tiene derecho el paciente, el secreto profesional, se encuentra amparado por la Constitución, en la sentencia C-264/96.

En la base de datos del SISBEN del municipio, la E.S.E Centro de salud San Pedro de Iguaque atiende al 80.6% de la población total del municipio equivalentes a 4244 afiliados, 4196 en el régimen subsidiado (79,68%) y 48 en régimen contributivo (0,91%) (30).

2 de los 7 participantes ha experimentado la pérdida de un hijo durante la gestación o en el periodo neonatal.



Fotografía: García, AnaCamila. Enfermera Jefe en el E.S.E San Pedro de Iguaque: Paula A. Gómez, Chíquiza, Boyacá

Las empresas del estado son entidades que no se preocupan mucho por su servicio al usuario/clientes, es bien sabido en el mundo del mercadeo en cuanto la atención al cliente, que, así como es de importante recibir felicitaciones por un producto/servicio recibido, las quejas son otro indicador importante que el usuario le da a una empresa (31). Así

mismo, la ausencia de quejas no refleja lo “bien” que se desempeña un servicio, hay personas, que simplemente, se quejan únicamente en su misma “red” de conocidos, otras se retiran insatisfechas silenciosamente y no regresan.

En este caso las personas tienen temor a quejarse primero porque es el único servicio disponible en el municipio, y puede hacer que el servicio desmejore para ellas y prefieren callar.

5.3 ¿COMO CONTEMPLAN LA PLANIFICACION FAMILIAR?

La mayoría de los participantes refieren:

“...nosotros planificamos, ya después de que hubieron los hijos, antes no”.
(Minuto 3:54).

La esposa de P1, lo describe así: Por una parte, porque no querían más hijos en el momento, y por otra parte porque dicen, que luego de planificar no puede uno tener hijos después.

“...entonces a uno le da ese miedo eso”. (Minuto 24:30)

“Cuando mi primer bebé, esa vez yo era inocente me deje convencer y de primera vez quede embarazada y mi bebé se murió. Luego nos conocimos con mi pareja actual y no planeamos planificar porque el deseo de yo, era volver a tener mis hijos, que mi Diosito lindo me los regalara sanos y salvos y yo no planifiqué, y hay si después de que tenga mis hijos planifico” (Minuto 24:39).

“Ahora si estamos panificando porque ya no queremos tener más hijos. Y ya que mi Diosito lindo nos regaló la pareja” (Minuto 26:50).

P2 narra un contexto similar:

“Después de mi primer niño, tocaba era ir a Profamilia y me pusieron el DIU, y ya planeamos los hijos, hasta que tuviera por lo menos unos cinco añitos eso. Alla le explican a uno que planificación quiere uno y a mí me gusta el dispositivo porque por ejemplo una vez me pasó que se me olvido la inyección (Minuto11:30)”.

P6 siendo la mayor del grupo, nos relata la experiencia vivida en su época:

“Yo no planeaba a los hijos yo resultaba así embarazada y decía hay Dios mío otra vez embarazada, y ya planifiqué después de que los tuve a todos”. “Yo no venía de pronto era por miedo o pena, a mí me daba pena ir allá (al centro de salud del pueblo) y contar lo que pasa entonces eso era culpa de uno mismo porque uno no venía al centro de salud a comentar lo que le pasaba a uno, pero ahora si bendito sea Dios ya”. (Minuto 4:14).

Los servicios de salud deben comprender y aprender a lidiar, como lo manifiesta la participante, “el miedo y pena”, eso se traduce en la reserva que tienen e íntima relación con su cuerpo, con los comentarios “chismes”, como bien se expuso en unos párrafos previos, evitan la exposición del mismo y aún más si involucra tocar, e intervenciones para la obtención de muestras.

Y, por otro lado, P3:

“Nosotros siempre planeamos los hijos”.

“Cuando me junté con él todavía no me había desarrollado, hasta casi los 19 me desarrollé y mi niño lo tuve a los 20 años”, (Minuto 9:00).

“...y no me fui a estudiar, después del primer niño”, (Minuto 9:24).

“Cuando ya mi niño tenía cinco años y estaba como muy consentido entonces, que tuviéramos otro que ese sea una niña. Nació la niña” (Minuto 9:53).

También se encuentra los deseos de sus parejas en ampliar la familiar, las mujeres refieren que los hombres siempre desean más hijos, pero ...

“Él si quiere tener más hijos, pero yo no quiero más, él dice por allá a los 35 o a los 40 años, para no quedarnos solos, pero yo digo: ¡Nooo!, toca pensarlo porque

es que a esa edad la niña va a esta por los 15 años entonces no, ¡porque ya con esas dos experiencias basta y sobra!

“No sufrí en los embarazos ni en los partos, y no tuve complicaciones ni nada”.

“Porque para tener los hijos no es tenerlos y listo...”

Hay un concepto que comparte, siendo la “complicación” o efecto menos deseado más frecuente de la planificación:

“Deja débil la matriz”.

Es por esto que no planifican antes de comenzar a tener hijos, sino posterior a tener al menos un hijo/a.

En la literatura hay descritas ciertas creencias, para no usar anticonceptivos modernos a una edad temprana o antes del parto puede hacer que las mujeres sean infértiles. Esta creencia surge al asociar mujeres que no pueden quedar embarazadas después de usar anticonceptivos en la comunidad. Ya que el objetivo principal del matrimonio es el parto-maternidad y las consecuencias sociales de la infertilidad son devastadoras. Un estudio en África sub-Sahariana, encontró estas mismas descripciones sobre la planificación familiar e infertilidad, e incluso usan el término “debilita tu matriz...y bloqueará tu útero”, se describe que esta información fue difundida por la red de la comunidad y no por medios informativos formales (32).

Hay estudios que evalúan, sí el uso de anticonceptivos, como los dispositivos intrauterinos de cobre y su relación con la infertilidad en mujeres nulíparas, y estos se han desmentido. Al no encontrar asociación (33). Por otra parte, en cuanto a los métodos hormonales se ha descrito en las mujeres nulíparas un ligero deterioro temporal de la fertilidad después de suspender la anticoncepción oral de hasta 42 meses, Vs 30 meses de las multíparas, y no había asociación a la duración del uso de anticonceptivos orales, y concluían que era poco probable esto produjera esterilidad de forma permanente (34).

En algunos casos se han presentado los efectos secundarios de los métodos hormonales, con pobre adherencia a los mismos: cefalea, hemorragia uterina anormal y aumento de peso, son los más frecuentes mencionados. Algunas de ellas pasando por varios métodos de planificación temporales antes de adaptarse al actual.

En el caso de P5:

“Yo planifico con el pomey pero he tenido experiencias negativas con la planificación”, “Yo primero me aplique la inyección y con esa estuve cuatro años y aunque no me llegaba bien la menstruación pero bien, luego me la quité y tuve al niño y después de él planifiqué con las pastillas y con esas también me iba bien y las suspendí para embarazarme de la tercera niña y ya con la tercera como me hicieron cesárea de una vez me hicieron pomey, pero con esa si me arrepiento y no me gusta por el sangrado, me da mucha hemorragia todo el tiempo. Por eso cuando a mí me dicen que se van a operar yo les digo: ¡No, no lo hagan! Ya voy a cumplir 10 años con ese y ya que más pues aguantar el sangrado ya sé que eso es normal”. (Minuto 28:25)

“...cuando yo trabajaba en una Empresa Promotora de Salud Subsidiada [Antes ARS], me llegaban las mujeres con la orden del pomey y pues yo les mandaba la autorización y todo, pero me provocaba decirles ¡No lo hagan, no cometan ese error!” (Minuto 28:40)

La hemorragia uterina anormal, posterior a la ligadura de trompas ha sido tema de debate durante décadas, siendo un tema de interés para varios autores al investigar las secuelas de la esterilización femenina, y al intentar esclarecer la hipótesis del “síndrome de ligadura post-tubárica”. Las anormalidades menstruales frecuentes tanto en las mujeres esterilizadas como en las no esterilizadas, planteando alteraciones de la actividad del eje hipotalámico-pituitario-ovárico, pero sin cambios significativos en los niveles de las hormonas ováricas antes y después de la esterilización tubárica. Se ha

planteado, además, un mayor índice de pulsatilidad hormonal ovárica después de la ligadura. Lo único que se ha descrito, es una elevación significativa de los niveles de FSH (hormona folículo estimulante) después de la ligadura. Sin embargo, no han encontrado cambios significativos relevantes a reportar en la literatura (35).

Es muy importante que el personal de salud mencione todos los posibles efectos secundarios que pueden darse ante la elección de un método de planificación, para que la paciente esté alerta a estos síntomas y tome la decisión que mejor se adapte a ella.

En 5 de los 7 participantes (71,4%), mencionan que el hombre/pareja se involucra en el tema de la planificación, ya sea en realizar recordatorios de las citas de control de planificación o en la toma de decisiones de la cantidad de hijos que desean tener.

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud del 2015-ENDS (26), muestra que la zona rural presenta un mayor porcentaje de mujeres entre 13 y 19 años que alguna vez han estado en embarazo (18.6%), mientras en las zonas urbanas es del 12.2%. La presente investigación arroja unos datos similares, dado que 5 de las 7 entrevistadas tuvo a su primer hijo antes de los 20 años.

- 1 de 7 participantes (14,3%) no planificaba al momento del estudio. De los 6 participantes restantes, 3 de 7 (42.85%) usan un método quirúrgico definitivo femenino, 3 de 7 (42.85%) con un método temporal (2/7 con un método hormonal (1/7 con Implante subdérmico y 1/7 con inyección trimestral) y 1 de 7 con dispositivo intrauterino).
- Aunque en 5 de 7 casos el tema de la planificación familiar es un asunto de pareja. En ninguno de los participantes la planificación estaba a cargo del hombre y en el 100% de los casos la planificación la realiza la mujer. Esto puede verse en el municipio, ya que regiones como la Boyacense (13), tradicionalmente tienen un

arraigo machista y porque el centro de salud con sus programas de promoción y prevención tienen un mayor vínculo con las mujeres que con los hombres.

5.4. VIVENCIAS DE LA SEXUALIDAD EN EL AREA RURAL.

La sexualidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se define, como: "Un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales." (36)

La Tasa General de Fecundidad en el municipio de Chíquiza en el 2013 fue de 102.7 por mil mujeres en edad fértil, aunque para el año 2013 no se registraron nacimientos en mujeres de 10 a 14 años (25), considerándolo un indicador favorable, el municipio de Chíquiza se caracteriza por tener una alta incidencia de embarazos en adolescentes con "tasas específicas de Fecundidad en mujeres entre 15 y 19 años: 259.2 por 1.000 mujeres en este grupo de edad", el cual es muy superior comparado al departamento en el mismo año (25), en el documento plantean que el embarazo adolescente se da, por que las mujeres adolescentes no tienen un proyecto de vida claro y se embarazan en la mayoría de los casos de veces sin terminar sus estudios, es por esto que el plan de desarrollo municipal del 2016-2019 planteaba formular estrategias educativas en salud sexual y reproductiva (25)

Los participantes exponen que la sexualidad ha sido un aspecto vivenciado como un tabú a lo largo de su vida, del que nunca se habla en la casa y los aprendizajes se dan a partir de la experiencia:

P5 *"En ese momento [cuando era niña] había un tabú terrible, yo soy la mayor de todas las hermanas, porque somos cuatro y yo soy la mayor, pero ¡mi mamá, no! nunca nos daba para un paquete de toallas, yo no vivía acá, mis papás vivían en el campo. La cama era de varas derechas, no conocía tablas, no conocí el colchón la colchoneta, nada de eso, o sea*

nosotros llegábamos y a trabajar, mi mamá o mis papás porque son casados y viven juntos, nunca me dijeron mire un paquete de toallas que esto le va a suceder, pero cuando me sucedió yo empecé a extrañar, yo tenía trece años y empecé a decir: ¡Ola! y ¿esto qué me pasó? Pero tampoco le pregunté a nadie, nunca dije nada y yo me acogía a las amigas y yo les decía: ¡Ola! si sabe, mire que no sé qué y no sé cuántas, entonces obvio que yo estudie con niños mucho mayores de mí, entonces me empezaron a decir no sé qué... entonces ya consiguieron las toallitas pequeñas de tela, y con eso ya hasta que salimos de casa, todos pasamos por esas, pero nunca tuvimos el kit de toallas” (Minuto 12:23)

Para la toma de decisiones en la vida cotidiana se debe actuar como agente en cual existe una intencionalidad, y una voluntariedad para elegir lo correcto ante un conjunto de opciones, sin embargo, en temas como el inicio de la sexualidad en el área rural no siempre se tienen opciones, por lo que la decisión no se da de manera voluntaria sino con lo que se tiene. De acuerdo con la teoría de la racionalidad limitada de Herbert Simón la toma de decisiones no siempre se da de forma racional debido a las limitaciones cognitivas, de información y de tiempo. El modelo afirma que las personas usan lo que se consideran reglas generales y sencillas para resolver problemas. (37).

El aprendizaje de la sexualidad en el área rural se da a partir de la experiencia y de las vivencias de los demás y sobre todo después de su primera experiencia sexual. La concepción de la sexualidad solo como reproducción, ha planteado en las comunidades rurales un plan con un único objetivo que es formar una familia, en este sentido el inicio de los vínculos afectivos y de pareja se dan en razón de alcanzar esta meta y no como una decisión libre, es decir no se tienen muchas opciones a la hora de elegir el padre de sus hijos.

Las parejas entrevistadas tienen una diferencia de edad promedio entre 2 y 5 años entre hombres y mujeres siendo generalmente mayor los hombres (6 de 7 entrevistados), esta condición hace que en la mayoría de los casos la primera relación sexual de las mujeres no sea también la de sus parejas y por tanto el sexo masculino tiene mayor experiencia en la esfera de la sexualidad:

P2 “...antes de que yo quedara embarazada no tenía ni idea de nada de verdad, yo no sabía nada, es que en ese tiempo ni los celulares ni nada, yo no sabía nada, entonces yo aprendí fue en la práctica, porque mi esposo me enseñó, porque ese sí sabía (Minuto 9:00)... mi vida es un chiste, porque es que yo me metí con él sin saber y me ajunté, ni idea de que íbamos a tener hijos, porque que es que yo era una niña”(Minuto 9:50)

En el ámbito sexual y reproductivo se ponen en consideración las acciones humanas en las cuales está inmersa la autonomía, la libertad, y los comportamientos basados en las representaciones mentales adquiridos a través de procesos de racionalidad en los cuales se permite elegir, decidir y actuar sobre su propio cuerpo y el cuerpo del otro. De esta manera y en concordancia con lo que expone Mosterín la racionalidad se predica a partir de creencias y opiniones (racionalidad creencial), y de las decisiones, acciones y conductas propias (racionalidad práctica) (38)

P5 “...Ella [la hija] quería tener ese hijo, ella su pensamiento era eso, pero pues obvio no me lo iba a comentar porque yo no le iba a decir felicitaciones, porque yo sabía que esa era mi responsabilidad, o sea no le iba a decir felicitaciones ¡eso vaya a los 15 años y quede allá!, eso no lo iba a hacer; entonces yo hacía una cosa y ella hacía la otra. Y con el papá, él sufrió harto, eso la mandamos a psico-orientación y ¡no!; la jefe de enfermeras de allá: ¡vamos, hagamos esto, hagamos lo otro! y no quiso, y no se dejó ayudar porque esa era su decisión”. (Minuto 8:27)

Los participantes describen que la salud sexual ha sido abordada solo desde el punto de vista reproductivo y solo como una cuestión de sexo. En este sentido no se tienen en cuenta las demás interacciones humanas que incluye el ámbito de la sexualidad y en muchas ocasiones se da por hecho conocimientos, actitudes y prácticas sin que se haga claridad en las concepciones particulares:

P5 “...Pero yo sí, a mí otra hermana le comenté le dije: ¡ola! ¿Si sabe que a nosotras las mujeres estamos para esto? y ella me dijo: ¿en serio?, si, ola imagínese, pero así pero nunca porque ¿Quién le enseñaba a uno?, nadie le enseñaba, porque decían que uno ~~tenía~~ que aprender solo” (Minuto 13:54)

La concepción del cuerpo y de la esfera sexual de los seres humanos ha evolucionado de generación en generación, dado que se ha dejado de lado un poco el tabú y se ha educado más abiertamente sobre el tema tanto en las instituciones educativas, como en las de salud, lo cual ha permitido que con el acceso a la información se amplíen los medios para satisfacer los intereses personales, es decir se tengan un mayor número de opciones para decidir libre y voluntariamente sobre su sexualidad:

P7 “Cuando estábamos en la escuela la profesora nos daba clases de sexo, y pues uno por hay más o menos y metiendo las patas aprendió, y lo mismo cuando estudiaba mi hija en el colegio, allá nos daban charlas la jefe [enfermera del centro de salud] nos da las charlas; o sea yo más o menos si he escuchado charlas de todo eso, ahora más que antes” (Minuto 19:00)

Sin embargo, refieren que en épocas pasadas la educación no siempre se recibía en casa y se delegaba la responsabilidad de hablar sobre sexualidad a las instituciones y a la experiencia:

P4 “En la casa mi mamá casi nunca nos habló de sexo, lo que nos enseñaban en el colegio cuando iba la jefe [enfermera], y pues lo que mis amigas me contaban de sus experiencias, pero no más” (Minuto 24:17)

Con el cambio de la dinámica familiar y las concepciones de la sexualidad que se han dado a través del tiempo y estas experiencias vividas, se ha visto la importancia y la necesidad de educar a los niños en sexualidad para evitar repetir la historia y se cometan errores por falta de conocimiento; la amplitud de la información en salud sexual abre las opciones necesarias

para la toma de decisiones voluntarias y de acuerdo a sus intenciones particulares y ya no solo para seguir un patrón cultural con el único objetivo de la reproducción. De esta manera la educación se da cada día desde edades más tempranas, observando un cambio generacional.

P3 *“Uno les explica [a los hijos], que sí que el papá y la mamá tienen relaciones y que él bebe se está aquí en la barriguita, les mostramos la foto de cuando los niños están en la barriga y todo eso... sí, porque no ve que a ellos les dicen en todo lado por ejemplo en el jardín, que no! que una cigüeña los trajo, y mi hija un día dijo: ¡mami una paloma me trajo!, ¿cómo se llamaba la paloma?... Pues, aunque en el jardín a ellos les dan charlas y todo, pero no les hablan así directamente; entonces yo le digo no mamita, no ve que su merced se crió acá en esta barriguita...”*. (Minuto 15:13).

La educación sexual de los niños se da a partir del respeto y el reconocimiento de su cuerpo como una parte privada que deben cuidar.

P3 *“Por ejemplo él es muy tímido [el hijo], él sí dice que no, él desde los cuatro años se baña solo y la niña también, ella dice: ¡pero mi hermano se baña solo! ¿Por qué yo no me baño sola mamita?; lo único que yo le baño es el cabello, pero ella no se deja nada más, ni se deja tocar, porque como uno tanto les dice que eso no se deje tocar, entonces ella no, ¡sí, eso sí no! (Minuto 16:11) ... uno les dice, tiene que estudiar porque no es que llegue a los 15 años y si ve como su tío, como tal y quede embarazada porque se dejó tocar, y pues ¡no!, por eso si nosotros hemos hablado con ellos...”* (Minuto 16:46)

La autonomía en los seres humanos en muchas ocasiones se considera inherente, sin embargo, cuando se indaga sobre ésta, no todos la ejercen de la misma manera y por tanto se genera una agenda de opciones, que en el caso de la salud sexual y reproductiva estas

opciones varían entre aplicar los conocimientos, actitudes y practicas adquiridas culturalmente y ejercer una sexualidad libre y responsable. En tal sentido, el ejercicio de la libertad de acción en la esfera de la sexualidad parte de preconceptos en los cuales se afirma lo que expone Dennett, los seres humanos son artefactos biológicos que pueden reaccionar al entorno con acciones racionales, responsables, e intencionales en las cuales hay una realización práctica para decir y expresar lo que se desea. (39)

El cambio generacional también ha permitido un cambio cultural en el significado de ser hombre o ser mujer y los roles que cada uno desempeña dentro de la sociedad, y sobre todo en la relación de pareja, de esta manera las relaciones sexuales en el área rural han pasado a ser de común acuerdo entre la pareja, y no solo decisión del esposo:

P3 “...eso no es que por ejemplo usted diga yo quiero! o ¡no, yo no quiero! [sexo], no pues es de mutuo acuerdo ¿sí? No es así como dice él, que en los tiempos antiguos decían: no es que a usted le toca o le toca porque es que es mujer, ¡no!, ósea, él no!, fue criado así pero él no es machista, o sea él dice: no es porque mi papá le dijo a mi mamá es que toca y toca, ¡no, en eso sí no! no es que por ejemplo a usted le toca, y digo no yo estoy enferma, y no porque es que toca, o sea nosotros si es de mutuo acuerdo o sea eso si para que” (Minuto 7:46).

5.5. ¿QUÉ CONOCEN DE LAS ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL/INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL? Y PRUEBA DE TAMIZAJE PARA ETS/ITS.

Según el decreto 780 de 2016 se define como: ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual): Enfermedades e infecciones producidas por determinados microorganismos, virus, hongos, bacterias y/o parásitos que se transmiten por vía sexual de una persona a otra (40).

Las enfermedades de transmisión sexual son síndromes clínicos causados por diversos patógenos. El contagio es entre personas durante una relación sexual con o sin penetración, los síntomas no siempre son obvios, y dependen de su etiología, por esta razón pueden ser no tratadas, con complicaciones futuras como infertilidad, lesiones en órganos, determinados tipos de cáncer o la muerte. El tratamiento dependerá de la etiología, condición y fase de la enfermedad, este debe va dirigido no solo a la persona infectada sino a la pareja, es por ello que esta infección se debe de ver de manera familiar global y comunitaria (41).

En cuanto a las infecciones de transmisión sexual el 20.8% de hombres y mujeres en la zona rural y el 40.8% en la zona urbana reportaron conocimiento de síntomas (26). Del mismo modo, son los habitantes rurales quienes tienen menor acceso a servicios de salud, según cifras del Ministerio, el 38% de la población rural no recibe ningún tipo de atención médica y entre quienes la reciben, se desconoce su calidad y pertinencia. (26).

Pese, a que en la actualidad hay descritas políticas para la intervención en la zona rural, mediante campañas con estrategias de información, educación y comunicación para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en las zonas más dispersas (42), en diferentes aspectos, entre ellos la salud sexual y reproductiva. P4, cita:

“Yo sé del VIH que se transmite por vía sexual y que empieza con mucho dolor el ardor bajo, y casi no recuerdo más porque es que yo hace dos años que salí del colegio. (Minuto 26:09)

Y P5, conoce de las enfermedades /infección de transmisión sexual, porque trabajó como promotora de salud en una Empresa Promotora de Salud Subsidiada (Antes ARS), y les tocaba dar educación a las personas sobre las enfermedades.

El 100% aprendió lo poco o mucho que sabe sobre las enfermedades /infección de transmisión sexual en las charlas educativas que se imparten en los colegios y jardines infantiles a los padres de familia y estudiantes, P4 nos relata que en el colegio siempre le enseñaron que toca usar condón para evitar las enfermedades /infección de transmisión sexual. Recordemos que, en los programas y proyectos planteados para el municipio de Chíquiza en el año 2019, se encontraban las cuñas radiales para difundir los programas de salud. Los participantes no mencionaron que conocieran sobre las ETS/ITS por este mecanismo, solo en las reuniones escolares.

“...pero pues como yo tengo solo a mi esposo pues no usamos” (Minuto 27:21)

P7, nos narra con algo de nostalgia, que cuando la hija estaba en el colegio, ella asistía a las charlas sobre enfermedades /infección de transmisión sexual, y allá aprendió. Pero como ya salió,

“...no volví y ahí quedé”, (Minuto 25:03)

“Mi hija me contaba lo que les enseñaban en el colegio, y los casos que habían de chicas con esas enfermedades”

Aunque la comunidad refiere que ha adquirido conocimientos frente a estos temas, aún, hoy en día falta un mayor acceso a los métodos de prevención y de diagnóstico oportuno, acompañado de mejorar las prácticas de lo aprendido en la comunidad. 2 de 7 participantes refiere que no recuerda/conoce ningún tipo de ETS/ITS, 1/7 conoce más de dos enfermedades /infección de transmisión sexual (Sífilis, Gonorrea, el VIH, y el SIDA), 4 de 7 conoce al

menos una (3 de ellos, solo conocen el SIDA y uno asocia además el cáncer de cuello uterino, como una enfermedad de transmisión sexual.

P5, en su experiencia como promotora de salud, es la que más cita los diferentes tipos de ETS/ITS:

*“Yo sé que existe la sífilis, la gonorrea, el VIH, el SIDA, y sé que se contrae con las relaciones sexuales, a mí me tocaba explicarles cómo eran los síntomas y qué hacer si tenía algo, a mí pues solo en los embarazos me han tomado exámenes para infecciones de transmisión sexual pues porque ahí le toman a uno hepatitis, VIH, SIDA y el flujo”,
“... eso también se lo digo a mis hijos que si no se cuidan también les puede dar una enfermedad” (Minuto 31:19).*

P1 Solo conoce SIDA, conoce que se trasmite:

Por medio de la “sexualidad”. (Minuto 29:23).

En el ENDS del 2015, casi el 100% de las mujeres y de los hombres de 13 a 49 años han escuchado sobre el VIH/SIDA. El menor nivel de conocimiento está relacionado con los menores niveles educativos, en las personas más jóvenes, quienes nunca han tenido relaciones sexuales, en la zona rural y en el quintil de riqueza más bajo (26).

5 de los 7 participantes han escuchado del SIDA, de los cuales 2 son hombres y 3 mujeres.

Al explorar sobre si conocen los síntomas de una ETS/ITS, los 7 participantes (100%) considera que el principal síntoma de una enfermedad /infección de transmisión sexual es el flujo vaginal y ardor al orinar. Si se compara este conocimiento sobre las ITS/ETS a lo

reportado por el ENDS del 2015, en donde las mujeres conocen sobre dos o más síntomas de ITS/ETS en un 42.6% Vs 35.8% en los hombres, y en la zona urbana el 26.9% refiere no conocer ninguna ITS/ETS Vs 63.2% en la zona rural (26).

Todos los participantes (7/7) manifiesta que las enfermedades/infección de transmisión sexual se transmiten por contacto sexual, y uno de los participantes menciona que además se transmite por compartir y entrar en contacto con sábanas, cama y ropa. P1 comenta que se pueden evitar:

“al asearse uno todas sus partes” (Minuto 48:20).

Todos los participantes de manera directa o indirecta se han realizado un test para detección de VIH o sífilis, durante los controles prenatales propios o de sus parejas. Nunca han consultado o se han realizado estudios para detección de enfermedades /infección de transmisión sexual por motivación propia. P2 nos describe que:

” Yo poco se de eso [Enfermedades /infecciones de transmisión sexual]” (Minuto 12:59).

Pero al preguntarles si conoce algún test para detectarlas, dos de los participantes consideran la citología cérvico-uterina (CCU) es un test para la detección de enfermedades /infecciones de transmisión sexual. Es necesario que el personal de salud, cuando realiza o solicita algún test diagnóstico, explique a los pacientes el motivo y la utilidad de los test, ya que no se puede “asumir”, que ellos comprenden el fin específico de dicha prueba diagnóstica, si se refuerza en este aspecto hay educación individual. Otro ejemplo, es, cuando se solicita una Radiografía de tórax, por una tos, el paciente puede asumir que es para además de “examinar” de donde viene la tos, también el médico evaluará: TODOS los “órganos” del tórax”: como: corazón, pulmones, arterias, venas, esófago, y columna vertebral, y sí, médico le refiere que esta normal, saldrá decirle a su familiar que todo lo mencionado previamente, esta normal.

Así mismo, Las mujeres que no sean del personal de salud asumen que una CCU detecta el cáncer desde el ovario, endometrio, cérvix, cáncer de vagina y además infecciones, sin ser descabelladas incluido infecciones de vías urinarias. Y ante un test negativo, creen que ¡Todo, está bien!

En el municipio, además, hay un fuerte vínculo entre los programas de Familia en Acción del gobierno y los programas de promoción y prevención, como: el programa de cáncer de cuello uterino del centro de salud, es por esto la buena adherencia que tiene el programa, pero sin clara comprensión de su utilidad, diferente al requisito y papeleo del programa del gobierno.

Solo uno de los 7 participantes menciona que el uso del preservativo es uno de los métodos más seguros para prevenir las enfermedades /infección de transmisión sexual.

P3 y P6 coinciden en su descripción de los síntomas de las enfermedades/infecciones de transmisión sexual como:

“...es un flujo amarillo, que huele a feo que sale por la vagina, dolor o problemas al orinar. (Minuto 22:14).

P7 agrega que: “Yo más o menos que sepa del SIDA, y que con una persona que este contagiada si se acuesta con la otra persona, la contagia. Y de eso que llaman que la gonorrea dice que es una enfermedad que son unos granitos que se producen y que no solo se contagia con tener relaciones sexuales, que también si uno se acostaba en una cama infectada con eso, puede tener eso de otra manera, más o menos eso es lo que sé” (Minuto 22:15).

Hay que tener en cuenta, además, que ninguno de los participantes conoce que a menudo las infecciones por clamidia son asintomáticas, y entre un 45 y 77% de todos los casos gonorrea y chlamydia nunca son sintomáticas (43).

Después de presentar estos comentarios, es importante resaltar que en el plan de desarrollo se afirma que los habitantes del municipio de Chíquiza “no se tienen empoderamiento a los derechos sexuales y reproductivos no por falta de conocimiento sino por falta de práctica”, no es claro a que se refieren con la “práctica” (25), aunque los participantes refieren un cambio en la forma como aprendieron sobre las ETS/ITS en su adolescencia, a como la están aprendiendo sus hijos, gracias a las charlas en los colegios, se debe reforzar aún más, ya que el conocimiento como lo expresa en la encuesta del ENDS del 2015, muestra una brecha importante en cuanto al conocimiento de las ETS/ITS, entre lo urbano y lo rural.

5.5.1 PRUEBAS DE TAMIZAJE PARA ETS/ITS EN COLOMBIA:

Una vez analizadas las prácticas, actitudes y conocimientos de la una muestra perteneciente a la comunidad de Chiquiza-Boyacá, con el fin de realizar un abordaje integral de la salud sexual, es necesario saber cómo se encuentran a nivel clínico, explorando la presencia de microorganismos causantes de ETS/ITS, adicionalmente usando una prueba que contempla la auto-toma por el participante y evita el desplazamiento al centro de salud o a la cabecera municipal.

En los países en vía en desarrollo los recursos son limitados para los test de tamizaje, sumados a la estigmatización, servicios de baja calidad, los pacientes no pueden costear o acceder físicamente a esos servicios; a pesar, que la mayoría de países cuentan con políticas nacionales (44), las pruebas de diagnóstico generalmente no están disponibles por el costo y son geográficamente inasequibles, por una parte, lo refuerza el desconocimiento de la existencia de enfermedades diferentes al VIH y

sífilis. Las únicas pruebas rápidas y económicas disponibles actualmente para las ITS/ETS son para sífilis y VIH, ya que los indicadores nacionales descritos en la dimensión del plan decenal de salud pública: sexualidad, derechos sexuales y reproductivos únicamente están enfocados en incidencia de VIH/SIDA en los municipios, presencia de sífilis gestacional y congénita atención de las mismas, embarazos a temprana edad e incremento de la mortalidad materna. (15)

En nuestro país, en los laboratorios clínicos tanto de los centros de atención de I nivel en los municipios y como del régimen contributivo de salud, la oferta de test para el diagnóstico de ETS/ITS se limita a la detección de VIH/SIDA, sífilis y Hepatitis B, en algunos laboratorios del régimen contributivo se ofrece detección para Hepatitis C.

En el Laboratorio Clínico del centro de salud E.S.E San Pedro de Iguaque, la oferta consiste en realizar: V.D.R.L, prueba rápida para antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg, Ensayo inmunocromatográfico, detección cualitativa) y prueba rápida para detección de VIH (Ensayo inmunocromatográfico, detección cualitativa de todos los anticuerpos IgG, IgM, IgA para VIH-1, y VIH-2 simultáneamente)(Ver Anexo 1: tabla N°5), esto dado que está incluido en el programa de control prenatal y no genera copago. Sin embargo, su costo en el mercado es de:

- Prueba rápida para antígeno de superficie del virus de la hepatitis B (HBsAg, SD BIOLINE HBsAg WB), Kit por 30: tiene un costo aproximado de \$24 dólares.
- Prueba rápida para detección de VIH (Ensayo inmunocromatográfico, detección cualitativa de todos los anticuerpos IgG, IgM, IgA de VIH-1 y VIH-2) (HIV-1/2 3.0 Rapid Test SD Biotline), Kit por 30: tiene un costo aproximado de \$24 USD.

Es por esto que en el Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud – ASIS en el 2015, no se encontraron eventos de notificación obligatoria de tipo enfermedades/infecciones de transmisión sexual (45) y en el ASIS del 2018 se reporta 0 casos de VIH, sífilis gestacional y congénita, únicamente (20).

En la revisión de la literatura se encontró un estudio realizado en población rural para detectar seroprevalencia de herpes simple/HSV-2 fue del 19.1% (IC 95%: 16.6-21.9) (10). En Colombia no se cuentan con estadísticas, sobre el diferencial de los microorganismos, diferentes a VIH/SIDA y sífilis, afectando la población.

Hay que tener en cuenta que los organismos causantes de estas infecciones, no se limitan al VIH/SIDA, y sífilis, muchos de estos otros microorganismos son difíciles de identificar ya que incluyen virus, bacterias o parásitos, y siendo frecuentes los casos de coinfecciones (46).

Para comprender el test que se seleccionó para implementar en el presente estudio, se consideró necesario, revisar las diversas pruebas existentes en el mercado disponibles en nuestro país, junto a sus costos, y con el fin de seleccionar un test que detecte la mayor cantidad de microorganismos.

Hay múltiples tipos de test diagnósticos utilizados para el tamizaje de enfermedades de transmisión sexual, y requieren una muestra de sangre, orina, hisopados vaginales, uretrales hasta faríngeos (46,47).

- Prueba rápida para detección de Hepatitis C (Rapid hepatitis C test / HCV / serum / whole blood sd bioline HCV), Kit por 30: tiene un costo aproximado de \$30 USD.

Con el advenimiento de las pruebas que permiten el uso de muestras de orina y de hisopos vaginales en muchas ocasiones recolectados por los mismos pacientes, ha aumentado la aceptación para la identificación de ITS/ETS entre pacientes y proveedores (47).

Las pruebas no treponémicas, como la que usan las centro de salud de primer nivel, no dan un diagnóstico definitivo, siendo ensayos semicuantitativos y utilizados tradicionalmente para la detección inicial de sífilis debido a su costo relativamente bajo, su rendimiento y la capacidad de cuantificarse con el fin de seguir la respuesta a la terapia, e incluyen: Laboratorio de investigación de enfermedades venéreas (VDRL) la más conocida, Reaginación plasmática rápida (RPR) y Prueba de suero rojo sin calentar de toluidina (47, 48).

- V.D.R.L: tiene un costo aproximado de \$7.000.

Las pruebas treponémicas son más complejas y costosas de realizar que las pruebas no treponémicas. Y se usan como pruebas confirmatorias de sífilis cuando las pruebas no treponémicas son reactivas. (47, 48)

Las técnicas usadas son: Absorción de anticuerpos treponémicos fluorescentes (FTA-ABS), Prueba de microhemaglutinación para anticuerpos contra T. Palladium (MHA-TP), ensayo de aglutinación de partículas pálidas (TPPA), e Inmunoensayo de quimioluminiscencia (CIA) (47).

- Test de sangre para sífilis - FTA-ABS, el costo que varía de \$ 33 USD a \$79 USD.
- Test para detección de anticuerpos de sífilis (SD BIOLINE Syphilis RDT, 3.0), kit x 30 \$ 17 USD.

El Herpes simplex tipo 2: el diagnóstico se hace reacción en cadena de la polimerasa (PCR) ^a, y pruebas serológicas específicas. La elección de la prueba varía con la presentación clínica. Las pruebas basadas en PCR son las pruebas preferidas para un paciente que presenta lesiones activas, aunque las pruebas basadas en PCR tienen la mayor sensibilidad y especificidad. (48)

- Test para Herpes por PCR (Herpes Simplex Virus 1 & 2, DNA PCR) tiene un costo aproximado de \$599 USD.

^a: Reacción de la cadena de polimerasa reversa (PCR): Esta tecnología, usada en biología molecular, es el método más sensible para la detección ácidos nucleicos, utilizados en enfermedades infecciosas a nivel experimental, en la práctica clínica y entre otros como las ciencias forenses. Requiere cantidades pequeñas de muestra, ya que realiza múltiples copias del área de interés (área del ADN en estudio) (49).

Los test por técnica de PCR en nuestro país solo se encuentran disponibles en laboratorios especializados, clínica de fertilidad, y para investigación en universidades.

Para *Trichomonas vaginalis* hay disponibles pruebas de amplificación de ácido nucleico de muestras con hisopos vaginales u orina (50). Para *Chlamydia trachomatis* por PCR, además de las anteriores muestras se puede realizar en muestras con hisopos uretrales, endocervicales y rectales (50). Y para la detección de *Neisseria Gonorrhoeae* además de las anteriores se puede realizar en muestras orofaríngeas. (50).

- Test de PCR para *Trichomonas vaginalis*, costo que varía de \$ 29 USD a \$170 USD.

A su vez se han creado kits de detección por PCR que combinen la detección de uno o más microorganismos, como:

- Test de amplificación de ácido nucleico para CT/NG (*Chlamydia Trachomatis* y *N. Gonorrhoeae*): Detecta el ADN de los microorganismos usando muestras endocervicales, vaginales y de orina de mujeres, y muestras de orina de hombres. La sensibilidad para detección de la gonorrea en mujeres en muestras endocervicales, vaginales y de orina es del 100.0%, al 95.6%, con una especificidad $\geq 99.8\%$. (51). Con este kit solo abarcaríamos dos patógenos.

Pruebas disponibles: Cepheid GeneXpert® CT/NG (Xpert), Gen-Probe Hologic APTIMA® Combo 2 y ProbeTec ET® *C. trachomatis* y *N. gonorrhoeae* (BDPT) (51).

- Test de PCR para *Chlamydia T* y *N. Gonorrhea* (Cepheid GeneXpert CT/NG) un test x \$ 10 USD, aproximadamente.

- Kit de diagnóstico in vitro por PCR múltiple, para la detección de organismos patógenos causantes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en humanos: STD Direct Flow Chip® (kit) (46)

STD Direct Flow Chip (46) es un kit de diagnóstico in vitro para la detección de organismos patógenos causantes de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en humanos. Este kit cuenta con registro INVIMA (ver anexo #4)

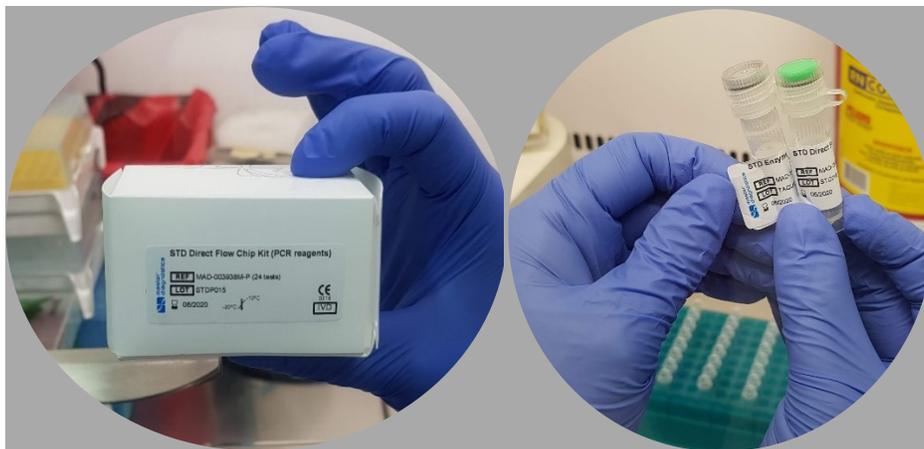
- Test de PCR múltiple (STD Direct Flow Chip®), kit x 24, \$ 3'445.000, pesos colombianos.

El kit STD Direct Flow Chip® detecta de manera simultánea 11 patógenos: *Chlamydia trachomatis*, *Haemophilus ducreyi*, *Herpesvirus simples* (HSV-1/HSV-2), *Mycoplasma genitalium*, *Mycoplasma hominis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema Palladium*, *Trichomonas vaginalis* y *Ureaplasma*3 (*urealyticum/parvum*), a partir de

distintos tipos de muestras clínicas (orina, semen e hisopados uretrales, endocervicales, anales y faríngeas)” (46).

La metodología consiste en la amplificación simultánea de ADN bacteriano, vírico y de protozoos mediante PCR múltiple en un solo paso, a partir de extractos celulares, seguido de hibridación en membrana con sondas de ADN específicas, mediante la tecnología DNA-Flow para plataformas hybriSpot. Los amplicones biotilados generados tras la PCR múltiple se hibridan en membranas que contienen un array de sondas específicas para cada patógeno humano, así como sondas de control (Control hibridación, Control de amplificación exógeno y Control de amplificación endógeno). (46).

No demuestra inespecificidad cruzada (Anexo #1: Ver tabla N°06 y tabla N°07). Ni inespecificidad con otros patógenos que están relacionados filogenéticamente (46)



Fotografía: Díaz, Berly L. kit STD Direct Flow Chip. Bogotá-Colombia.

La técnica de amplificación simultánea de ADN bacteriano, vírico y de protozoos mediante PCR múltiple es la más apropiada, kit STD Direct Flow Chip®, tiene la ventaja que es el de más amplio espectro diagnóstico de microorganismos y se puede usar una muestra tomada por el propio participante del estudio (muestra de orina), ofreciendo la posibilidad que la toma de la muestra no requiera intervención por parte

de profesionales de la salud, además cuenta con un amplio rango de preservación de la muestra, sin sacrificar especificidad ni sensibilidad. Aportando circunstancias favorables, para realizar el test en población rural, evitando desplazamientos de los participantes.



Fotografía: Díaz, Berlly L. Muestras de orina de los participantes. Bogotá-Colombia.

El test de detección de enfermedades de transmisión sexual, se usara para complementar el aspecto social del estudio (componente cualitativo), y obtener así una aproximación integral de los participantes, al ser todos asintomáticos, ayudan a conocer el verdadero estado de salud de los casos estudiados en la población rural, y con el fin de verdaderamente unirse a las metas descritas en la circular del ministerio de salud N° 13 de 2019, emitida el 4 de marzo de 2019, en donde el país se encuentra adelantando estrategias para cumplir las metas establecidas por ONUSIDA a nivel global, en donde se incluye promover un diagnóstico temprano de las infecciones de transmisión sexual para proporcionar el tratamiento oportuno de los afectados (52).

Sumados a las acciones propuestas en el Plan nacional de respuesta ante las infecciones de transmisión sexual, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021, y el Ministerio de Salud y Protección Social en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, en la dimensión Sexualidad y Derechos Sexuales y Reproductivos (15).

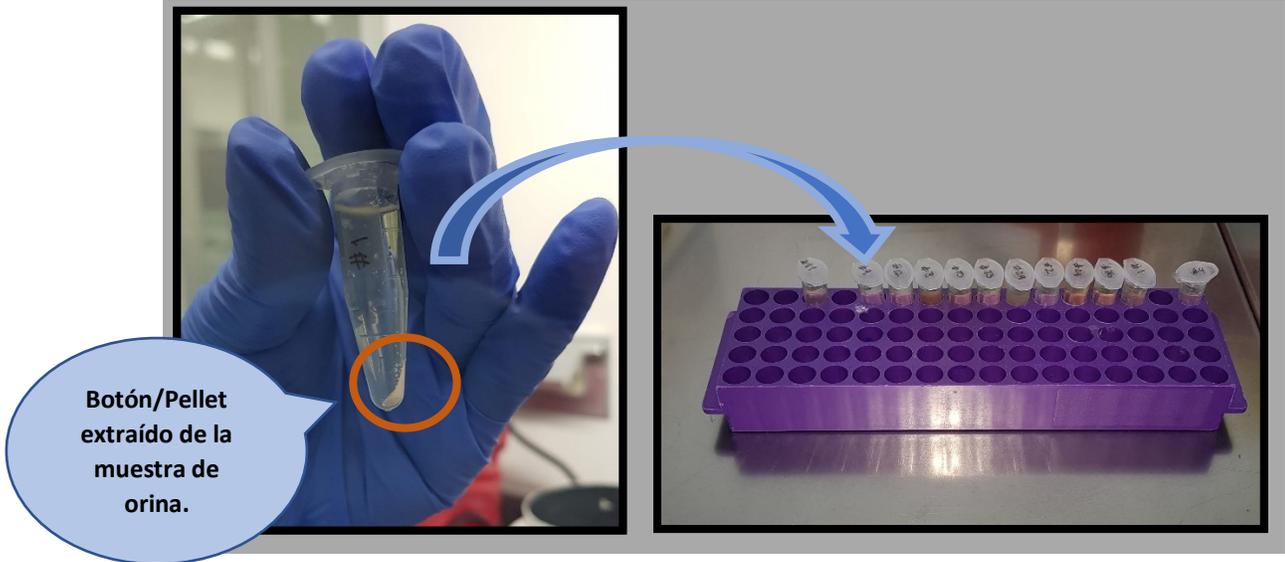
Este test nos permite evaluar la viabilidad de su aplicación en población rural, tanto por la aceptación del mismo por la población, como por el transporte de las muestras y ¡No, de los participantes! Las investigadoras realizaron la recolección de la muestra para test de tamizaje en cada sitio de residencia de los participantes que previamente aceptaron que se realizara la entrevista. Esto con el fin de mostrar técnicas que ayudan a reducir la brecha en el derecho a la salud.

Las muestras se almacenaron en una nevera portátil que previamente se encontraba a 2 – 3 grados centígrados, realizando chequeos de la temperatura cada vez que ingresaba un recipiente con muestra, con un termómetro.

Al reunir todas las muestras, estas fueron llevadas al laboratorio clínico de la Fundación Santa Fe de Bogotá, en el área de Biología molecular, y las muestras se trasladaron a una nevera a -70 grados centígrados, en un área previamente demarcada con el nombre del estudio, en donde se depositaron las muestras, hasta el día de su procesamiento.

Para el procesamiento de las muestras, se el kit STD Direct Flow Chip y se siguieron las especificaciones técnicas del manual de procesamiento del STD Direct Flow Chip (46). La interpretación de resultados se realiza de forma automática con el software de análisis hybriSoft.

No se presentaron eventos adversos durante la toma de las muestras, ni el procesamiento.



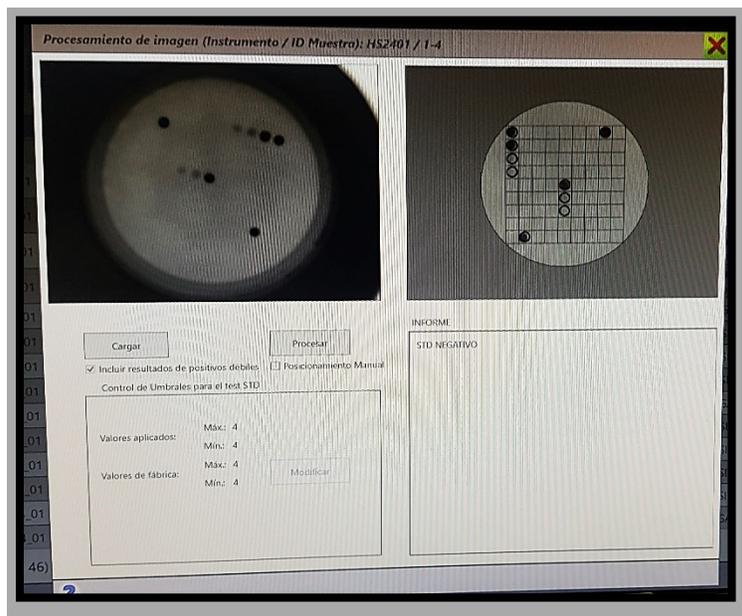
Fotografía: Díaz, Berlly L. Bogotá-Colombia.



Fotografía: Díaz, Berlly L. HybriSpot 24™: sistema de hibridación para 24 muestras.
Bogotá-Colombia.

5.5.2. ¿CÓMO SE ENCUENTRAN LOS PARTICIPANTES DE CHÍQUIZA-BOYACÁ EN ETS?, RESULTADOS DEL TEST DE TAMIZAJE:

En las muestras procesadas de los participantes no se encontraron microorganismos (0%) de: Herpes simplex virus, Herpes simplex virus-2, Ureaplasmas urealyticum/parvum), Chlamydia trachomatis Serovares A-K, Chlamydia trachomatis (Serovares L1-L3 =Linfogranuloma venéreo), Mycoplasma hominis, Mycoplasma genitalium, Thricomonas vaginalis, Neisseria gonorrhoeae, Haemophilus ducreyi y Treponema Palladium.

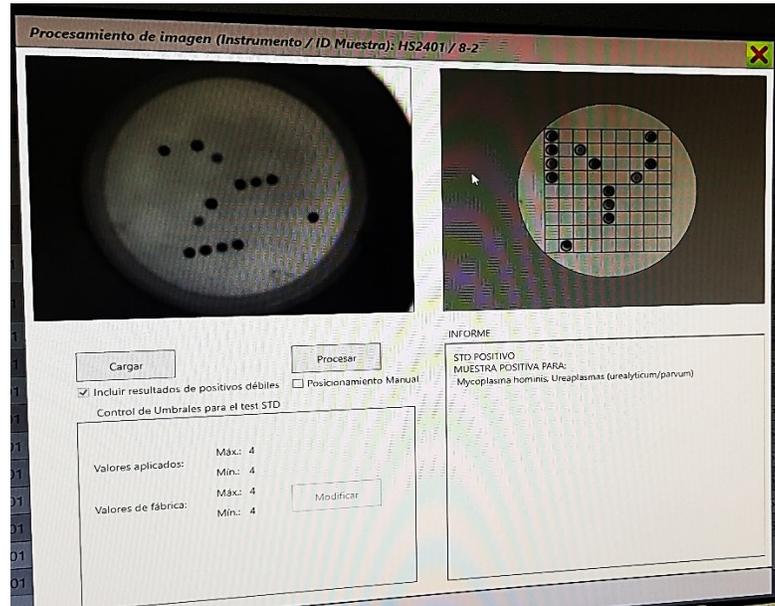


Fotografía: Díaz, Berlly L. Disposición de sondas sobre el array, de un caso negativo, solo se ven realzados los controles endógenos. Bogotá-Colombia.

En 6 de los 7 (85.75%) del total de participantes se aisló algún microorganismo, y en 3 de ellos se aisló un solo microorganismo y en la otra mitad se les detectó más de un microorganismo, así:

- 1/6 con Ureaplasmas urealyticum/parvum) + Chlamydia trachomatis Serovares A-K

- 2/6 de los casos con: *Ureaplasmas urealyticum/parvum*) + *Mycoplasma hominis*



Fotografía: Díaz, Berlly L. Disposición de sondas sobre el array, de un caso positivo para dos microorganismos. Bogotá-Colombia.

De los participantes en los cuales se detectó algún microorganismo, 5 de 6 eran mujeres y 1 de 6 hombre.

- ✓ El microorganismo más frecuentemente detectado en 6 de 6 de los participantes fue el *Ureaplasmas urealyticum/parvum*, al correlacionar estos hallazgos con los reportados en la literatura mundial, sobre, la prevalencia de *M. Hominis* y *Ureoplasma* en mujeres asintomáticas va del 3.1% al 89% (43).
- ✓ Y uno de los seis participantes se detectó *Chlamydia trachomatis* Serovares A-K, este caso estaba asociado a una coinfección con *Ureaplasmas urealyticum/parvum*.
- ✓ Y finalmente, en el 2 de los 6 participantes se asiló *Mycoplasma hominis*, que también estaban asociados a coinfección con *Ureaplasmas urealyticum/parvum*.

La organización mundial de la salud reporta que cada año hay 376 millones de nuevas infecciones, ya sea con clamidia, gonorrea, sífilis y tricomoniasis. 1 millón de infecciones de transmisión sexual (ITS) se adquieren todos los días en el mundo (53). De las cuales la clamidia comprende 92 millones; gonorrea, 62 millones; sífilis, 12 millones; y tricomonas, 174 millones), más del 90% de los cuales ocurren lugares con acceso limitado a los servicios de laboratorio de enfermedades de transmisión sexual, las pruebas de diagnóstico son importantes para el manejo de casos de ITS/ETS, ya que la mayoría de las personas son asintomáticos, y el no tratarlas puede generar consecuencias, como dolor pélvico crónico, enfermedad inflamatoria pélvica, embarazo ectópico, infertilidad tubárica y resultados adversos del embarazo (54).

Las infecciones de transmisión sexual bacterianas más prevalentes reportados en la literatura por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), son la *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*, afectando a más de 1.6 millones de infecciones reportadas en los Estados Unidos en 2010. Las infecciones de transmisión sexual le cuestan al sistema de salud \$ 1.5 mil millones anuales (51)

Es por esto que los CDC recomiendan la detección anual de clamidia en todas las mujeres sexualmente activas de 16 a 25 años, recomendando las pruebas de amplificación de ácido nucleico (51).

6. CONCLUSIONES.

- El enfoque que tiene el sistema de salud colombiano no satisface completamente las necesidades de las comunidades rurales, dado que no se han tenido en cuenta las características específicas del territorio rural en cuanto al acceso a los servicios, las características socioculturales y las condiciones de vida de las poblaciones rurales, por lo tanto, no siempre contribuye a la generación de cambios para las condiciones de salud de los campesinos. Siendo necesario, escuchar sus necesidades, es fundamental para reinventar los objetivos de la salud pública, para que las intervenciones sean más efectivas.
- La educación en sexualidad de las comunidades rurales, se encuentra “estancada” en el mismo esquema planteado en los 90’s-2000, el cual se desarrollaba para la regulación y el control de la población e indicadores demográficos, centrados en la reproducción, planificación familiar, controles prenatales, institucionalización del parto, y atención de la primera infancia. Y se ha dejado de lado los demás aspectos tales como las ETS/ITS y el reconocimiento de sí mismo como un ser sexuado.
- Las instituciones de salud del área rural, están enfocadas en los programas de promoción y prevención; en el caso de Chíquiza el centro de salud debe reforzar en la monitoria de la salud integral de dichos programas, en el caso de la planificación familiar, no solo limitarse a aplicar un método, y administrarlo regularmente, sino mencionar previamente sobre todos los efectos secundarios conocidos de cada método, para que la paciente tome una decisión con todas las herramientas, adicionalmente discutir mitos relacionados a la planificación familiar y dejar que las pacientes formulen preguntas; en ese momento se debe administrar el método que la paciente decide. En los controles se le debe preguntar por síntomas nuevos y resolver dudas y evitar tratar los síntomas con analgésicos; sí, se presentan efectos adversos persistentes, retirar el método inmediatamente, sin importar el tiempo y costo del mismo.

- En la consulta por enfermedades generales, tanto de hombres como mujeres, para una mayor captación de pacientes de salud sexual y reproductiva, indagar sobre síntomas asociados a ETS/ITS, actitudes sexuales de riesgos, reforzar sobre autocuidado y realizar regularmente test de tamizaje para ETS/ITS, independientemente, si es sintomático o asintomático le paciente.

- Si bien es conocida la brecha en el reconocimiento de los derechos a las mujeres por diversas situaciones de vulnerabilidad en el país, en Chiquiza se trabaja fuertemente en integrar la mayor cantidad de mujeres al programa de la Presidencia de la República FAMILIAS EN ACCIÓN. Lo cual hace que, estas tengan indirectamente un mayor vínculo con el centro de salud y este lo use para mejorar los indicadores de los programas de promoción, como el de cáncer de cuello uterino, por otra parte, descuidando el derecho a la salud del hombre por la ausencia de programas especiales posterior a la primera infancia y aún más en el tema de salud sexual. Las mujeres del área rural, reciben más capacitaciones que los hombres en cuanto a salud sexual, y, por lo tanto, el tema de la planificación está relegado a ellas, situación agravada por el machismo, el cual es bien conocido en regiones como la Boyacense.

- Plantear programas de salud que involucren más a los hombres de la comunidad. Después de los controles de la primera infancia, deben continuar en seguimiento y controles, principalmente de salud sexual y reproductiva. Se requiere un fortalecimiento del centro de salud en programas de salud sexual y reproductiva, que incluya hombres y mujeres. Y que estos formen un hábito de asistir a controles, no solo cuando se encuentran enfermos.

- Las capacitaciones de los diferentes aspectos de la salud sexual y reproductiva, debe comenzar desde el inicio de la vida escolar, con un abordaje integral desde la educación a la detección, no solo desde la planificación familiar y el control prenatal. la promoción del

autocuidado, posteriormente, acorde al grado escolar, reforzar la promoción de la Salud Sexual y reproductiva responsable, sumado a campañas de educación sexual integral (prevención de la violencia y abuso sexual, planificación familiar, detección de ETS/ITS y prevención de las mismas), siendo responsables directos las Instituciones Educativas del Municipio y el Centro de Salud E.S.E San Pedro de Iguaque.

- Se debe replantear y adicionar en los programas de ejecución y listado del banco de Programas y Proyectos de la Alcaldía municipal de Chíquiza, el promover Programas de salud sexual y reproductiva en jóvenes, hombres y mujeres. Fortalecer los planes para optimizar la categoría de salud sexual, dado que, a la fecha no tienen rubros destinados para ese fin.

Aunque los centros de salud tienen programas enfocados en los programas de promoción y prevención, se debe fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva con un abordaje integral desde la educación a la detección, y no limitarlos a la planificación familiar y el control prenatal, como lo refiere el plan de desarrollo 2016-2019.

- El centro de salud, debe trabajar en recuperar la confianza de los usuarios, la gerencia del centro de salud debe ser garante del principio de la confidencialidad / secreto profesional, por parte del personal de salud, mediante capacitaciones y mensajes que fomenten un comportamiento profesional fundado en el sigilo.

- Los servicios de salud deben comprender y aprender a lidiar, con la reserva e íntima relación que las personas del campo tienen con su cuerpo, tanto por los comentarios del personal de salud, y evitan la exposición, aún más si involucra exámenes médicos sin ropa, procedimientos e intervenciones para la obtención de muestras. De ahí, el auge que tienen hoy en día la auto-toma de muestras para detección de ETS/ITS, por fácil aceptabilidad al ellos recolectar la muestra, evitan desplazamientos a un centro de salud de mayor

complejidad, ofrece una fácil preservación de la muestra sin sacrificar especificidad ni sensibilidad, y tratar de seleccionar un test adecuado a las necesidades del paciente, pero intentando abarcar un amplio espectro diagnóstico.

- Es muy importante reducir las brechas en cuanto al diagnóstico de las ETS/ITS en la población rural, proponiendo ampliar la cobertura el tamizaje no solo en el espectro de microorganismos, sino en el incremento de la detección (no solo en los controles prenatales), dado el importante número de pacientes asintomáticos y no limitarlo a tres entidades como se viene manejando, VIH, sífilis gestacional y congénita.

- Aun cuando el área rural hoy en día cuenta con más acceso a diferentes medios de comunicación, persiste una limitada educación sexual, profundizando la brecha de desigualdades sociales en salud del área rural con respecto al área urbana, dado que la limitación en el acceso a la información impide que existan opciones para tomar decisiones sobre su cuerpo y su sexualidad. La persistencia de la brecha entre lo urbano y lo rural reportada en el ENDS del 2015 (18), se ve reflejada en este proyecto, conscientes que la población entrevistada no tiene criterios de representatividad del municipio.

- En 6 de los 7 (85.75%) del total de participantes se aisló algún microorganismo, 5 de 6 eran mujeres y 1 de 6 hombres y el microorganismo más frecuentemente detectado en 6 de los participantes fue el *Ureaplasmas urealyticum/parvum*), hallazgos que se correlacionan con los reportados en la literatura mundial, sobre, la prevalencia de *M. Hominis* y *Ureoplasma* en mujeres asintomáticas va del 3.1% al 89%, y entre un 45 y 77% de todos los casos gonorrea y chlamydia nunca son sintomáticos.

Se debe realizar estudios a mayor escala para tener una mejor aproximación de la prevalencia de ETS/ITS en población rural, ya que solo se conoció la opinión de personas de 3 de las 16 veredas de Chiquiza-Boyacá; además se debe mejorar la oferta en los laboratorios clínicos de los centros de salud, realizar más test de detección de ETS/ITS y no limitarlo a los

controles prenatales. Para la realización de test de PCR, ya cuentan con los insumos básicos para realizar la toma y preservación/refrigeración de las muestras, mientras estas son enviadas a un hospital de mayor complejidad para su procesamiento. Para aumentar el espectro diagnóstico de los microorganismos presentes en la población, como complemento de las pruebas rápidas disponibles, así evitamos que los pacientes esperen mucho tiempo por los resultados mucho tiempo o requiriendo largos desplazamientos.



Fotografía: García, AnaCamila. Primera salida de campo: Reconocimiento. Vereda: Carrizal, Chíquiza, Boyacá. De izquierda a Derecha: Nuestro guía, Sr Ilber Reyes, en el medio: Paula A. Gómez, a la Derecha: Berlly L. Díaz, y detrás de cámara: Ana Camila García.

7. CONFLICTOS DE INTERÉS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS.

Los autores certifican que no existe conflicto de interés real o potencial. La donación hecha por la empresa Máster Diagnóstica ni Labtronics S.A.S. no cohesionan o sesgan los resultados del estudio.

Consideraciones Éticas

Dando cumplimiento a la Resolución N.º 8430 DE 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, se aclara que para efectos de este trabajo se dará cumplimiento a lo formulado en la Resolución y a los artículos (Art. 5,6,8,10,14,15) que la conforman, como sujeto de estudio a todo ser humano donde se prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar. El estudio contempla la realización de un test de tamizaje para ETS/ITS, de una muestra de orina espontánea que entrega el participante a uno de los investigadores, pero que no tiene riesgo de causar daño al sujeto de investigación, no se realiza intervención de ningún tipo para obtener la muestra y por el contrario tendrá la oportunidad de recibir tratamiento si se le detecta alguna anomalía.

Dando cumplimiento al Art. 11. Se clasifica esta investigación con riesgo mínimo justificado en la recolección de excretas y aplicación de cuestionarios.

En lo que respecta al Consentimiento Informado se considerarán los lineamientos estipulados por el Art. 15, explicando en forma completa y clara los objetivos y desarrollo de la investigación. Así mismo, se mantendrá la confidencialidad y se permitirá su participación voluntaria al proyecto.

Beneficencia y no maleficencia: Durante la participación de las personas en la investigación se les respetará como seres humanos, reconociendo su dignidad, la expresión de sus sentimientos, pensamientos y emociones y aquellas conductas que surjan durante las diferentes fases de la investigación. Los investigadores se comprometen a respetar los valores de la investigación científica con la veracidad y rigurosidad de los resultados.

REFERENCIAS

1. García López AC. Salud Sexual y Reproductiva, una aproximación desde comunidades rurales en Colombia. Diciembre de 2018. No publicado.
2. Instituto Nacional de Salud, Observatorio Nacional de Salud. Informe Nacional de las Desigualdades Sociales en Salud en Colombia. Bogotá D.C.: Imprenta Nacional de Colombia, 2015.
3. Rosa María Cárdenas Lesmes. Colombia rural - Razones para la esperanza. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2011. Portafolio 2011.
4. Pérez, D. A. Á. La hermenéutica y los métodos de investigación en ciencias sociales. Estudios de Filosofía, 2011; (44), 9-37.
5. Lawson AK, Marsh EE. Hearing the silenced voices of underserved women: The role of qualitative research in gynecologic and reproductive care. Obstetrics and Gynecology Clinics. 2017 Mar 1;44(1):109-20.
6. Valencia, M. M. A. La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. Investigación y educación en enfermería, 18(1), 13-26. 2000.
7. Monje CA. Metodología de la investigación cuantitativa. Guía didáctica. Monje CA. Metodología de la investigación cuantitativa. Guía didáctica. Escuela Sur Colombiana, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas. Programa de comunicación y periodismo, Neiva. Recuperado de <http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Gu%C3%ADa+did%C3%A1ctica+Metodolog%C3%ADa+de+la+investigaci%C3%B3n.pdf>. 2011.
8. Sandoval-Forero EA. Guía para realizar prácticas de campo. Guías didácticas para alumnos y docentes. Universidad Autónoma del Estado de México. Facultad de Ciencias Políticas y Administración Pública. 2003.

9. STRAUSS Anselm y CORBIN Juliet. Bases de la investigación cualitativa. Técnica y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Facultad de enfermería de la universidad de Antioquia. Editorial universidad de Antioquia. 2002

10. Sierra CA, Bedoya AM, Paris S, Baena A, Gaviria AM, Rojas CA, Arbeláez MP, Sánchez GI. Prevalence of specific herpes simplex virus-2 antibodies and associated factors in women of a rural town of Colombia. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene. 2011 Apr 1;105(4):232-8.

11. Yon C. Salud y derechos sexuales y reproductivos de mujeres rurales jóvenes: políticas públicas y programas de desarrollo en América Latina. Instituto de Estudios Peruanos; 2013.

12. Calvillo paz cr, rodríguez cabrera a. conocimientos y comportamientos en salud sexual de estudiantes indígenas guatemaltecos residentes en una comunidad rural. revista cubana de medicina general integral. 2014 dec;30(4):467-80.

13. Martínez Baquero LC, Vianchá Pinzón MA, Uribe-Alvarado I. Prácticas sexuales y uso del condón en jóvenes, de Boyacá Colombia. Revista electrónica de psicología Iztacala. 2015;18(2).

14. Hernández N, Plata MI, Restrepo MA. Defensoras de la salud de la mujer y de los derechos sexuales y reproductivos: Cecilia Cardinal, Argelia Londoño, Luz Helena Sánchez. Movimiento de mujeres y feministas. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/53046>

15. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. 2012-2021. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/plandecenal/Paginas/home2013.aspx> de Bogotá CD.

16. Ley 1620 de 2013. Recuperado de: 93

<http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201620%20DEL%2015%20DE%20MARZO%20DE%202013.pdf>.

17. de Educación LG. Ley 115 de febrero 8. Bogotá: Congreso de la República de Colombia. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley_0115_1994.html

18. Arcila, M. T. M., & Silva, A. R. La construcción social de lo rural. Revista Latinoamericana de Metodología de la Investigación Social: ReLMIS. 2013; (5), 24-41.

19. DNP. DIAGNÓSTICO DE LA POBREZA RURAL. COLOMBIA 2010-2014. 2015. Recuperado de: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Agriculturapequarioforestal%20y%20pesca/Pobreza%20Rural.pdf>

20. ESE Centro De Salud San Pedro de Iguaque. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud - ASIS, municipio de Chíquiza Boyacá 2018. Disponible en https://www.boyaca.gov.co/secretariasalud/wp-content/uploads/sites/67/2018/12/images_Documentos_Asis2018_asis_chiquiza_2018.pdf

21. Alcaldía Municipal de Chíquiza Boyacá. Esquema de Ordenamiento Territorial (EOT) Chíquiza Boyacá 2001 – 2009.

22. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Estimaciones de población 1985 - 2005 y proyecciones de población 2005 - 2020 total departamental por área. Disponible en http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/proyepobla06_20/Municipal_area_1985-2020.xls

23. Castro AF, Arteaga NG, Llinás G, Mora DA, RUEDA-GALLARDO JA, VILLAMIL MA. Definición de Categorías de Ruralidad. Departamento Nacional de Planeación; 2015 Sep 1.

24. Pérez Correa E, Martínez P. El sector rural en Colombia y su crisis actual. e-libro, Corp.; 2002.
25. SUAREZ LOPEZ RAMIRO ALEXANDER Alcalde Municipal. Plan de desarrollo 2016-2019 “construyendo futuro en familia”. 2016
26. Profamilia & Ministerio de Salud y Protección Social. Resumen Ejecutivo: Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2015. Disponible en <https://profamilia.org.co/wp-content/uploads/2019/05/ENDS-2015-TOMO-I.pdf>
27. Watts, Duncan J. Seis Grados de Separación. La Ciencia de las Redes en la era del acceso. España 2006. Editorial Paidós.
28. Proyectos en ejecución, lista de banco de Programas y Proyectos. Alcaldía municipal de Chiquiza en Boyacá. 2019.
29. ESE Centro De Salud San Pedro de Iguaque. Portafolio de servicios. Chiquiza 2019.
30. Departamento nacional de planeación. Sistema de Identificación de Potenciales Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN). Oficina municipal Chiquiza; 2019.
31. Weinzwieg A. Zingerman's Guide to Giving Great Service. Hyperion; 2012 Jun 26.

32. Sedlander E, Bingenheimer JB, Thiongo M, Gichangi P, Rimal RN, Edberg M, Munar W. "They Destroy the Reproductive System": Exploring the Belief that Modern Contraceptive Use Causes Infertility. *Studies in family planning*. 2018 Dec;49(4):345-65.

33. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*. 2001 Aug 23;345(8):561-7

34. Vessey MP, Wright NH, McPherson K, Wiggins P. Fertility after stopping different methods of contraception. *Br Med J*. 1978 Feb 4;1(6108):265-7.

35. Umber F, Rizvi S, Yusuf AW. Dysfunctional uterine bleeding association with bilateral tubal ligation. *Ann KE Med Coll*. 2006 Oct 1; 12:515-6.

36. World Health Organization. Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002, Geneva. World Health Organization; 2006.

37. Simon, Herbert A. "Barriers and bounds to Rationality", *Structural Change and Economic Dynamics*. 2000. 11(1-2): 243-253.

38. Mosterin Jesús. *Racionalidad y acción humana*, Madrid, Alianza Universidad. 1987. Capítulo 1.

39. Dennett D. *La libertad de acción: un análisis de la exigencia de libre albedrío*, trad. Ventureira, G. Barcelona: Gedisa. 1992, Capítulo 5.

40. Decreto 780 de 2016. Ministerio de la Protección Social, Decreto Único Reglamentario del Sector Salud y Protección Social.

41. Ampudia, M. K. M. Enfermedades de transmisión sexual en la atención primaria. Revista Médica Sinergia 2020; 5(4), e405-e405.

42. Uribe JG, Soto Carreño A, Bonilla Madriñán M, Santos Calderón JM, Idrovo AJ. Diagnóstico Nacional de Salud Ambiental. Ministerio de Ambiente y Desarrollo Sostenible-República de Colombia 2012 diciembre de:1-368

43. Horner P, Donders G, Cusini M, Gomberg M, Jensen JS, Unemo M. Should we be testing for urogenital Mycoplasma hominis, Ureaplasma parvum and Ureaplasma urealyticum in men and women? –a position statement from the European STI Guidelines Editorial Board. Journal of the European Academy (STIs). Sexually transmitted infections, World Health Organization. 2019.

44. Peeling RW, Holmes KK, Mabey D, Ronald A. Rapid tests for sexually transmitted infections (STIs): the way forward. Sexually transmitted infections. 2006 Dec 1;82(suppl 5): v1-6.

45. ESE Centro De Salud San Pedro de Iguaque. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud - ASIS, municipio de Chíquiza Boyacá 2015.

46. Máster Diagnóstica, S. L. STD Direct Flow Chip Kit. Detección de patógenos responsables de enfermedades de transmisión sexual (ETS) mediante PCR múltiple e hibridación reversa. 2017.

47. Pericolo L. Syphilis: Screening and diagnostic testing. Wolters Kluwer: UpToDate: ©2020 UpToDate; 2019.

48. Seaford R. Epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis of genital herpes simplex virus infection. ©2020 UpToDate: Wolters Kluwer; 2018.

49. Watson, J. D. The polymerase chain reaction. Springer Science & Business Media. 2012

50. Seaford R. Screening for sexually transmitted infections. Wolters Kluwer: ©2020 UpToDate; 2020.

51. Gaydos CA, Van Der Pol B, Jett-Goheen M, Barnes M, Quinn N, Clark C, Daniel GE, Dixon PB, Hook EW, CT/NG study group. Performance of the Cepheid CT/NG Xpert rapid PCR test for detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae. Journal of clinical microbiology. 2013 Jun 1;51(6):1666-72.

52. Acciones de gestión en salud pública para la prevención, el diagnóstico, manejo, control y vigilancia del VIH, Coinfección TB/VIH, sífilis gestacional y congénita, hepatitis B y hepatitis C. Circular externa N° 13 de 2019. Ministerio de salud y Protección Social. Emitida el 4 de marzo. 2019

53. (STIs). Sexually transmitted infections, World Health Organization. 2019. Obtenido de: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

54. Peeling, R. W. "Testing for sexually transmitted infections: a brave new world?" (2006): 425-430.