



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMERICA

PERU

**CALIDAD
EN SALUD**

ASOCIACIÓN CIVIL SELVA AMAZÓNICA

FACTIBILIDAD DE LA CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA EN EL PERÚ – PROYECTO CALIDAD EN SALUD RFP N° 201002

**Producto Final: Evidencias para ayudar al proceso de toma de
decisiones**

Versión Junio 27, 2013

Este documento ha sido posible gracias al apoyo del pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del proyecto USAID|Perú|Calidad en Salud bajo los términos del Contrato No. GHS-I-02-07-00004-00. El contenido de este documento es responsabilidad de sus autores y no reflejan necesariamente las opiniones de USAID o del Gobierno de los Estados Unidos de América.

TABLA DE CONTENIDOS

LISTA DE ACRÓNIMOS.....	V
INTRODUCCIÓN	1
PARTE 1: DE LOS ASPECTOS SOCIALES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DE LA CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA COMO UNA ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH / SIDA.....	3
1.1 CONSIDERACIONES ÉTICAS	3
1.2 ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES, ACEPTABILIDAD, CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA (CAACP)	3
1.2.1 Métodos	3
1.2.2 Resultados.....	6
1.3 GRUPOS DE DISCUSIÓN Y ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD CON GESTANTES, PUÉRPERAS Y SUS PAREJAS.....	17
1.3.1 Métodos	17
1.3.2 Resultados.....	18
PARTE 2: DE LA CAPACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD DE PROPORCIONAR SERVICIOS DE CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA.....	35
2.1 DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO Y ANÁLISIS	35
2.1.1 Población.....	35
2.1.2 Muestra.....	35
2.1.3 Instrumentos de recolección de datos	36
2.1.4 Análisis de datos	36
2.2 EVALUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN LORETO	36
2.2.1 Datos de la demanda	36
2.2.2 Establecimientos de salud que cuentan con servicios básicos	38
2.2.3 Capacidad para realizar procedimientos quirúrgicos	38
2.2.4 Recursos humanos	39
2.2.5 Evaluación de la calidad para ofrecer CNM y determinación de las brechas existentes.....	41
2.2.6 Conclusiones.....	42
2.3 EVALUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGIÓN UCAYALI	43
2.3.1 Datos de la demanda	43
2.3.2 Establecimientos de salud que cuentan con servicios básicos	43
2.3.3 Capacidad para realizar procedimientos quirúrgicos	43
2.3.4 Recursos humanos	44
2.3.5 Evaluación de la calidad para ofrecer CNM y determinación de brechas existentes	45
2.3.6 Conclusiones.....	46
PARTE 3: SOBRE LOS COSTOS PARA PROVEER SERVICIOS DE CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA	47
3.1 METODOLOGÍA.....	47
3.1.1 Cálculo del costo unitario.....	48
3.1.2 Principales supuestos	48
3.1.3 Población objetivo de la intervención	49
3.2 COSTOS ASOCIADOS A LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA	50
3.2.1 Costos directos	51
3.2.2 Costos indirectos	55
3.2.3 Costo de circuncisión neonatal masculina sin complicaciones y con complicaciones	57
3.2.4 Costos de campaña de difusión.....	58
3.3 CONCLUSIONES.....	60
PARTE 4: PROGRAMA DE CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA DE RUTINA: EL IMPACTO SOCIAL, POLÍTICO Y DE SALUD PÚBLICA	63
4.1 IMPACTO SOCIAL DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE CNM PARA LA PREVENCIÓN DE LA ADQUISICIÓN DEL VIH Y OTRAS ITS EN EL PERÚ	63

4.1.1	<i>Perspectiva de las autoridades de gobierno e iglesia en las regiones.....</i>	63
4.1.2	<i>La perspectiva desde la comunidad</i>	65
4.2	IMPACTO POLÍTICO Y DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE CNM PARA LA PREVENCIÓN DE LA ADQUISICIÓN DEL VIH Y OTRAS ITS EN EL PERÚ	65
4.2.1	<i>Normativa existente en salud y como incorporar e implementar un programa de CNM</i>	66
4.2.2	<i>Posibilidad de promover un proceso ampliamente participativo para la toma de decisiones.....</i>	67
4.2.3	<i>La capacidad institucional del MINSA para gestionar la iniciativa</i>	67
4.2.4	<i>Factibilidad de financiamiento: La posibilidad de gestionar la iniciativa con fondos públicos y el concurso de la cooperación internacional.....</i>	68
4.2.5	<i>La posibilidad de disponer de evidencias para la adopción de esta decisión</i>	69
4.2.6	<i>Consideraciones éticas relativas al bienestar del niño.....</i>	69
4.2.7	<i>Pertinencia de la CNM como prevención del VIH/sida</i>	70
4.2.8	<i>La edad indicada para la circuncisión</i>	70
4.2.9	<i>Es apropiado lanzar un programa piloto de CNM?:.....</i>	71
4.2.10	<i>El posible impacto en otros servicios del sistema de salud, si se implementa el CNM.....</i>	72
4.3	IMPACTO DEL PROGRAMA EN LA SALUD PÚBLICA.....	73
4.3.1	<i>Introducción</i>	73
4.3.2	<i>Metodología.....</i>	74
4.3.3	<i>Descripción del Modelo de Markov usado en el estudio</i>	74
4.3.4	<i>Cálculo de probabilidades de transición del Modelo de Markov. Historia natural del VIH/SIDA.....</i>	74
4.3.5	<i>Matriz de probabilidades de transición del Modelo de Markov.</i>	75
4.3.6	<i>Parámetros del modelo.....</i>	76
4.3.7	<i>Supuestos del modelo</i>	76
4.3.8	<i>Resultados del impacto en salud pública</i>	77
	PARTE 5: ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	81
5.1	ANÁLISIS Y CONCLUSIONES	81
5.2	RECOMENDACIONES	83
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85

LISTA DE ACRÓNIMOS

AVAD	Años de vida ajustado a discapacidad
ACSA	Asociación Civil Selva Amazónica
AIEPI	Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia
AQV	Anticoncepción quirúrgica voluntaria
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CAACP	Conocimientos, actitudes, aceptabilidad, creencias y prácticas
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CERITS	Centro de Referencia de ITS
CETIN	Comité Técnico Implementador
CM	Circuncisión masculina
CN	Circuncisión neonatal
CNM	Circuncisión neonatal masculina
CONAMUSA	Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud
C.S.	Centro de Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIRESA	Dirección Regional de Salud
EESSNN	Estrategias Sanitarias Nacionales
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ESN	Estrategia Sanitaria Nacional
ESN PC	Estrategia Nacional de Prevención y Control de las ITS, VIH y SIDA
ITS/VIH/SIDA	SIDA
ESN SSyR	Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
EVN	Etapas de vida del niño
FMI	Fondo Monetario Internacional
GDL / GDU	Grupo de Discusión Loreto / Grupo de Discusión Ucayali
GTB/HSB y TS	Gays, transgéneros, bisexuales/ hombres que tienen sexo con hombres, y trabajadores sexuales
HAI	Hospital Apoyo Iquitos
HRL	Hospital Regional de Loreto
HSB	Hombres que tienen sexo con hombres
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
INS	Instituto Nacional de Salud
ITS	Infección de transmisión sexual
MARPS	Poblaciones en Mayor Exposición al Riesgo
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
NTS	Norma Técnica de Salud
OGEI	Oficina General de Estadística e Informática - MINSA
ONG	Organización no Gubernamental
ONUSIDA/UNAIDS	Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEAS	Plan de Esencial de Aseguramiento en Salud
PEM VIH	Plan Estratégico Multisectorial de VIH
PENRMM	Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal
PERM	Plan Estratégico Regional Multisectorial
PpR	Presupuesto por Resultado
RM	Resolución Ministerial

RN	Recién nacido
SETEC	Secretaría Técnica
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIS	Seguro Integral de Salud
TARGA	Terapia antirretroviral de gran actividad
TC	Tipo de cambio
UAMP	Unidad de Atención Médica Periódica
OIT	Organización Internacional del Trabajo
ONUSIDA / UNAIDS	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
USAID	The United States Agency for International Development
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH	Virus de Papiloma Humano
OMS / WHO	Organización Mundial de la Salud
WEO	World Economic Outlook

INTRODUCCIÓN

La circuncisión es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos de la humanidad que tiene plena vigencia en la actualidad. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida (ONUSIDA), aproximadamente uno de cada tres varones en el mundo está circuncidado (UNAIDS 2010).

La ciencia médica se interesa por la relación existente entre la circuncisión masculina y la prevención de la infección por VIH y SIDA. Tres ensayos clínicos llevados a cabo entre el 2005 y 2007 en hombres heterosexuales sexualmente activos en África han demostrado que la circuncisión masculina ofrece entre 50% y 60% de protección adicional contra la infección de VIH, ofreciendo así una alternativa segura y eficaz para la prevención de la infección en varones, en países con epidemias generalizadas (Auvert et al. 2005; Bailey 2008; Gray et al. 2007).

Más recientemente, una revisión sistemática de estudios realizados en nueve países del África Sub-Sahariana indicó una alta aceptabilidad de la circuncisión entre la población que no es tradicionalmente circuncidada, particularmente de los padres para sus hijos. En esos estudios, una media de 81% de madres y 71% de padres reportó disposición para circuncidar a sus hijos (Westercamp and Bailey 2007). Otro estudio, en 60 madres de niños recién nacidos en Botsuana, reportó que 92% de ellas estaría dispuesta a circuncidar a su hijo si el procedimiento estuviera disponible en una clínica, principalmente para prevenir la infección por VIH; asimismo, 85% indicó que el padre del niño debería participar en la decisión (Plank *et al.* 2010). En Zambia, donde se está implementando un programa de circuncisión neonatal masculina (CNM) a gran escala, se realizó un estudio cualitativo para explorar la aceptabilidad de CNM en niños recién nacidos. La mayoría de los participantes reconoció los beneficios de la circuncisión para la prevención del VIH y las ventajas de circuncidar a sus hijos y nietos a edad temprana; sin embargo, las barreras identificadas fueron el temor a un resultado negativo, preocupaciones acerca del dolor y aspectos relacionados a la identidad cultural (Waters *et al.* 2012).

Por otro lado, en los Estados Unidos, un estudio donde se encuestaron 10,108 personas reportó que aproximadamente el 12% no se inclinaba a circuncidar a su hijo recién nacido. La probabilidad de no desear hacerlo estuvo asociada con raza hispánica y “otras”, ser un hombre no circuncidado y un hombre que no reporta su estado de circuncisión, con nivel educativo de post grado, religión y actitudes negativas relacionadas a la salud. El 53% de los entrevistados indicaron que la información acerca del efecto protector de la circuncisión podría hacer más probable que circunciden a su hijo (Gust *et al.* 2011).

Estos resultados han promovido recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el SIDA (ONUSIDA) y otras agencias de salud pública, para ampliar y mejorar los programas de circuncisión masculina en hombres sexualmente activos en países de elevada prevalencia de VIH, y para que estos programas contemplen la circuncisión de neonatos, infantes y niños (WHO/UNAIDS 2007; 2007a; b).

Lo antes expuesto demuestra que existe vasta información internacional fruto de la búsqueda de conocimiento sobre diversos aspectos vinculados con la circuncisión masculina no terapéutica entre los cuales destacan los de índole biomédica, sociológica, antropológica, etc.

Una exploración similar para el Perú arroja una limitada disponibilidad de estudios, lo cual dificulta la promoción de la aplicación de este procedimiento quirúrgico con fines de salud pública. A fin de llenar el vacío de información se desarrolló la presente investigación, orientada a cubrir los aspectos sociales relacionados a la implementación de la CNM como una alternativa para la prevención y control del VIH/SIDA, la capacidad del sistema de salud para atenderlo, los costos, así como el impacto social, político, y de salud pública.

El propósito del subcontrato que dio lugar a este trabajo es realizar un estudio de factibilidad de la circuncisión neonatal masculina en la población peruana como mecanismo de prevención de VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

De acuerdo a los términos de referencia de la consultoría en éste tercer producto se requiere presentar las evidencias encontradas en la investigación, con la finalidad de evaluar la viabilidad de una intervención de circuncisión neonatal masculina para la prevención de la adquisición de VIH en varones en dos regiones de la Amazonía del Perú: Loreto y Ucayali, para lo cual debía considerarse el contexto epidemiológico y su proyección en el tiempo, las variables sociales y culturales, los factores políticos y una evaluación de costo-efectividad de la intervención en términos de su impacto en el futuro. En este sentido, se han estudiado los aspectos epidemiológicos, haciendo una revisión sistemática de publicaciones nacionales e internacionales.

En base a las mencionadas investigaciones previas, se desarrolló el trabajo que se plasma en el presente informe, en cinco partes. Asimismo, como se detalla en la Parte 1, se aplicaron metodologías cualitativas y cuantitativas para recoger de la población potencialmente beneficiaria de la intervención (los padres), los conocimientos, actitudes, aceptabilidad de la intervención, prácticas y creencias respecto a la circuncisión masculina y CNM. Esto se ha acompañado de una evaluación en la Parte 2, de la situación de los establecimientos de salud, su infraestructura, su capacidad logística y de personal entrenado para implementar el procedimiento. En la Parte 3, se plantea un estimado de los costos de un programa de CNM (incluido el cálculo de los costos directos e indirectos), y el costo individual del procedimiento. Dicho estimado podría servir como insumo para futuras investigaciones que realicen un análisis del impacto económico. En la parte 4, se analiza el impacto social, político, y de salud pública del CNM. En el aspecto social, se evalúa la aceptación de la población y los medios adecuados para difundir información sobre el tema. En el aspecto político, a fin de evaluar la viabilidad normativa y legal para una política de Estado para la conducción de un programa de CNM, se ha hecho un análisis de las políticas existentes a partir de las diferentes percepciones de profesionales de la salud, tomadores de decisiones políticas y diseñadores de programas. La Parte 5 brinda un análisis y recomendaciones para futuras investigaciones, políticas, y acciones para plantear un programa de CNM. También hacemos notar que la presente investigación brinda varios elementos necesarios para un análisis de impacto económico de un programa de CNM, el cual demanda los siguientes elementos: Aceptabilidad (Parte 1), costeo de la intervención y del tratamiento de los daños si no fuesen prevenidos (Parte 3), y daños prevenidos (Parte 4).

PARTE 1: DE LOS ASPECTOS SOCIALES RELACIONADOS CON LA APLICACIÓN DE LA CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA COMO UNA ALTERNATIVA DE INTERVENCIÓN PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE VIH / SIDA

Este componente del estudio intenta explorar e identificar los factores sociales, culturales y de idiosincrasia que la población de las regiones de Ucayali y Loreto tiene alrededor del prepucio, la circuncisión masculina y la circuncisión neonatal masculina. Se ha recogido información de las madres (gestantes y puérperas), y de sus parejas y parientes (ambos considerados como “familiares” en este informe) que influyen en la decisión de las primeras respecto a los aspectos de salud de sus hijos.

Para este efecto, se desarrollaron dos instrumentos de recolección de datos, que nos ayudaron a identificar los conocimientos, actitudes y prácticas con respecto al VIH/SIDA y la circuncisión, así como a ubicar las barreras, facilitadores y aceptabilidad respecto a la circuncisión neonatal masculina en esta población. Un borrador de estos instrumentos fue validado con la población objetivo antes de su aplicación. El primer instrumento consistió en una encuesta de conocimientos, actitudes, aceptabilidad, creencias y prácticas (CAACP) y el segundo fue un cuestionario semi-estructurado para ser aplicado durante grupos de discusión con grupos representativos de las madres y sus parejas.

1.1 Consideraciones éticas

El protocolo de investigación de los aspectos sociales relacionados a la circuncisión neonatal masculina, sus instrumentos de recolección de datos, los procedimientos, los guiones de reclutamiento y los formatos de consentimiento informado fueron revisados y aprobados por el Comité de Bioética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con antelación al inicio del trabajo de campo y recolección de la información.

Las copias de los consentimientos informados, los audios en soporte digital, las transcripciones y las encuestas CAACP están a resguardo en las oficinas de la Asociación Civil Selva Amazónica (ACSA), en un gabinete bajo llave y con acceso restringido sólo a los investigadores del estudio. Esta documentación se mantendrá archivada y bajo custodia por cinco años, luego de lo cual será destruida.

1.2 Encuesta de conocimientos, actitudes, aceptabilidad, creencias y prácticas sobre circuncisión neonatal masculina (CAACP)

1.2.1 Métodos

Población

La encuesta de CAACP sobre circuncisión neonatal masculina fue diseñada para aplicarse a mujeres gestantes que estuvieran registradas en los servicios de obstetricia y ginecología de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud de la Región Loreto y de la Región Ucayali. A partir de ellas, mediante su referencia, nos propusimos también encuestar a sus parejas y o a aquellos parientes que tuvieran una influencia importante en la toma de decisiones sobre la salud de los hijos.

Criterios de inclusión

Gestantes

1. Que estén registradas en los servicios de ginecología y obstetricia de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud.
2. Que sean mayores de 18 años de edad por auto reporte.
3. Que tengan entre 8 y 36 semanas de gestación.
4. Que vivan en la localidad de influencia del establecimiento de salud, lo que significa que su hogar esté a una distancia accesible desde el establecimiento
5. Que tengan disposición y voluntad para responder la encuesta

Parejas y parientes (Familiares)

6. Que hayan sido referidos por la gestante como pareja o familiar y que cuenten con su dirección o lugar de ubicación
7. Que sean mayores de 18 años por auto reporte
8. Que vivan en la localidad de influencia del establecimiento de salud, lo que significa que su hogar o el lugar donde se le pudiera encontrar esté a una distancia accesible desde el establecimiento
9. Que tengan disposición y voluntad para responder a la encuesta

Muestra

Para el presente estudio, el marco muestral lo constituyó el registro oficial de partos de ese año de los establecimientos de salud de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) de Loreto y Ucayali, partiendo de datos del año 2009. En ese año, se atendieron 22,924 partos en los 38 establecimientos de salud de la Región Loreto, y 10,386 partos en los 18 establecimientos de la Región Ucayali.

Para calcular el tamaño muestral se utilizó la fórmula para muestreo aleatorio simple utilizando los siguientes parámetros: prevalencia de aceptación a la circuncisión neonatal de 50%, un nivel de confianza de 95%, un error de $\pm 8\%$, un efecto de diseño igual a 1 y una aceptación a participar en la encuesta de 90%. Con ello se obtuvo un tamaño muestral de 167 gestantes con sus respectivas parejas y/o familiares para cada una de las regiones. Del conjunto de establecimientos de salud de ambas regiones, sólo se consideraron a aquellos establecimientos que se encontraban a una distancia de hasta 2 horas de la capital de la región (Pucallpa e Iquitos) y que reportaron atender un máximo de 25 partos al mes, según los registros del año 2009. En Ucayali este grupo representó el 80% de los partos al mes y para Loreto representó el 60% de los partos al mes (Tabla 1.1).

Para la aplicación de la encuesta en los establecimientos mencionados en la Tabla 1.1, se decidió emplear una selección por conveniencia y por cuotas: las gestantes se captarían en las salas de espera de los establecimientos de salud. Si la cuota de entrevistas estimada para el establecimiento de salud no se cumplía en el primer día de visita, se seleccionaría el saldo faltante del Cuaderno de Registro del servicio de ginecología del establecimiento de salud, de donde se tomarían las direcciones para visitar en su casa a las gestantes que faltaban para completar la cuota. La selección de esas gestantes obedecería al orden correlativo en el que estaban inscritas en el cuaderno de registro.

Tabla 1.1 Número de partos por establecimiento y tamaño muestral (cuota)

Región	Establecimiento de salud	Partos mensuales	Muestra
Loreto	Loreto A	483	55
	Loreto B	348	44
	Loreto C	71	17
	Loreto D	60	15
	Loreto E	56	13
	Loreto F	43	13
	Loreto G	25	10
Ucayali	Ucayali A	279	52
	Ucayali B	254	50
	Ucayali C	80	25
	Ucayali D	56	20
	Ucayali E	51	20

Instrumento y aplicación de la encuesta

La encuesta constó de 65 preguntas correspondientes a datos demográficos (9); estado civil (6); conocimiento sobre VIH/SIDA (19); circuncisión masculina, incluida la circuncisión neonatal masculina (26); y consumo de medios de comunicación (5). (Anexo 1.1)

Para aplicar las encuestas en los establecimientos de salud se hicieron las siguientes gestiones:

1. Mediante comunicación epistolar se solicitó autorización de los directores de hospital o jefes de centro de salud. Las respuestas y autorizaciones fueron proporcionadas de manera verbal.
2. Se asignó un equipo de cinco encuestadoras para los hospitales y entre dos y tres encuestadoras para los centros de salud.
3. Una vez obtenida la autorización de las direcciones o jefaturas, se coordinó con la jefa de obstetricia para abordar a las gestantes en las salas de espera del establecimiento y para revisar el Cuaderno de Registro cuando fuera necesario.

El trabajo de campo de la encuesta CAACP se llevó a cabo entre el 20 de abril y 6 de mayo del 2011: en la Región Loreto se realizó del 20 abril al 5 mayo y en la Región Ucayali del 26 abril al 6 mayo. Estuvo a cargo de tres supervisores y 10 encuestadoras (5 por región). En total se realizaron 606 entrevistas: 281 (46.3%) corresponden a la Región Loreto y 325 (53.63%) a la Región Ucayali. De estas 333 (55%) fueron gestantes y 273 (45%) familiares, de los cuales 164 fueron parejas (60%) y 109 se identificaron como parientes (40%).

La encuesta fue administrada por personal de salud (obstetras y enfermeras) entrenado para tal efecto así como para el logro del consentimiento informado. Las gestantes fueron abordadas en las salas de espera de los establecimientos de salud seleccionados para el estudio. Una vez identificadas se les aplicaba el guión correspondiente y de aceptar ser entrevistadas, se daba curso al proceso de consentimiento informado que culminaba en la firma del formato correspondiente (Anexo 1.2).

La tasa de rechazo fue de 7%, debida mayormente a limitaciones de tiempo para responder a la encuesta. Si alguna gestante indicaba que no tenía tiempo para responder la entrevista, se continuaba buscando en la sala de espera a otra gestante que cumpliera con los criterios de inclusión y que accediera a responder a la encuesta. En caso de no encontrarla en la sala de espera, se acudía al Cuaderno de Registro para tomar las direcciones de gestantes para completar la cuota establecida para el establecimiento.

Para entrevistar a las parejas y parientes se pidió permiso a las gestantes para visitarlas. Se les solicitó que proporcionen su dirección y la hora más conveniente para poder encontrar a la pareja y/o al familiar. Los familiares entrevistados en esta encuesta fueron los referidos por las gestantes. Las gestantes siempre refirieron familiares que vivían en el hogar de la gestante.

Administración y manejo de datos

Las encuestas realizadas se enviaron a las oficinas de ACSA, donde pasaron por un proceso de control de calidad y consistencia antes de su digitación. Para la captura de datos se usó EpiInfo 3.5.3 (Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, 2011). El análisis de los datos fue hecho en STATA 11.1 (Stata Corporation, Texas, 2010) y PASW 18.0 (Statistical Package for Social Sciences, Chicago, 2010).

1.2.2 Resultados

Características socio-demográficas

La muestra estuvo compuesta por gestantes relativamente jóvenes, la mitad tenía menos de 25 años al momento de aplicada la encuesta. El promedio de edad fue 25 años. La gestante más joven reportó tener 16 años¹ y la mayor 43 (rango intercuartil 20 – 29). Los familiares (parejas y parientes, datos no mostrados) tendieron a ser mayores, el promedio de edad fue de 34 años, el menor reportó tener 17 años y el mayor 74 (rango intercuartil 27 – 46).

Todas las gestantes reportaron haber asistido alguna vez a la escuela. Más de la mitad reportó haber terminado la educación secundaria (51.7%); y más de la cuarta parte (26.4%) reportó haber cursado estudios post-secundarios (universitario/no universitario). Más de las tres cuartas partes de las gestantes encuestadas manifestó ser conviviente y vivir con la pareja; sin embargo, 12.3% declaró no estar casada ni vivir con una pareja.

La mayoría de gestantes declaró profesar la religión católica y la quinta parte la religión evangélica. Una proporción declaró que profesaba otras religiones (por ejemplo, mormona), pero igual proporción declaró no profesar ninguna.

La muestra estuvo compuesta por personas provenientes de hogares con muy bajos ingresos, un importante sector con ingresos menores a los 300 nuevos soles en el mes previo a la aplicación de la encuesta. La mayoría de estos casos se concentró en la Región Ucayali.

Más de la cuarta parte de las gestantes aseguró tener por lo menos un hijo. El promedio de hijos reportado fue de 2 (entre 1 y 7). El 11.4% informó haber tenido entre uno y dos hijos muertos (datos no mostrados); 141 gestantes declararon tener por lo menos un hijo varón vivo al momento de la aplicación de la encuesta; 122 gestantes indicaron no haber tenido hijos anteriormente. La distribución del número de hijos en general y de hijos varones en particular, es similar en ambas regiones; igualmente el de las mujeres primerizas (Tabla 1.2).

¹ Todas las encuestadas y encuestados firmaron el consentimiento informado antes de la aplicación de la encuesta. En el caso de los entrevistados menores de 18 años, pedimos autorización a la pareja o apoderado. La solicitud y autorización fue verbal. Seis gestantes y un familiar resultaron tener menos de 18 años, 6 en Loreto y 1 en Ucayali.

Tabla 1.2 Características socio-demográficas de gestantes entrevistadas por regiones

Características de las gestantes	Loreto		Ucayali		Total	
	n=167	%	n=166	%	n=333	%
Edad						
≤ 20 años	46	27.5	43	25.9	89	26.7
21-30 años	86	51.5	92	55.4	178	53.5
> 30 años	35	21.0	31.0	18.7	66	19.8
Grado de instrucción						
Inicial/primaria	22	13.2	16	9.6	38	11.4
Secundaria	98	58.7	74	44.6	172	51.7
Superior universitaria/no universitaria	47	28.1	72	43.4	88	26.4
Postgrado*	0	0	31	18.7	31	9.3
Sin dato	0	0	4	2.4	4	1.2
Estado civil						
Casada actualmente vive con su esposo	15	9.0	10	6	25	7.5
Casada actualmente, vive con otra pareja	6	3.6	0	0.0	6	1.8
No está casada, vive con una pareja	123	73.7	135	81.3	258	77.5
No está casada, no vive con ninguna pareja	22	13.2	19	11.4	41	12.3
Sin dato	1	0.6	2	1.2	3	0.9
Religión						
Católica	110	65.9	117	70.9	227	68.2
Evangélica	36	21.6	30	18.2	66	19.8
Otra religión	10	5.9	11	6.7	21	6.3
Sin religión	11	6.6	7	4.2	18	5.4
Ingreso económico en el hogar el mes pasado						
≤ 300 nuevos soles	65	38.9	78	47.0	143	42.9
301 – 600 nuevos soles	39	23.4	57	34.3	96	28.8
601 – 1,000 nuevos soles	21	12.6	25	15.1	46	13.8
> 1000 nuevos soles	13	7.8	5	3.0	18	5.4
Sin dato	29	17.3	1	0.6	30	9.0
Gestantes con hijos vivos	105	62.9	106	63.8	211	63.4
Gestantes primerizas	62	37.1	60	36.2	122	36.6
Número de hijos varones vivos						
1 hijo	43	25.7	46	27.8	89	26.7
2 hijos	18	10.8	20	12	38	11.4
3 a 4 hijos	6	3.6	8	4.8	14	4.2
Sin hijos varones	42	40.0	32	30.1	72	34.1
Características de los familiares (parejas y parientes)	n=114	%	n=159	%	n=273	%
Familiares que influyen en la decisión de la gestante						
Esposo/pareja	69	60.5	95	59.7	164	60.1
Familiar	45	39.5	64	40.3	109	39.9
Edad						
≤ 20 años	6	5.3	8	5	14	5.1
21-30 años	34	29.8	57	35.8	91	33.3
31-40 años	26	22.8	40	25.2	66	24.2
41-50 años	25	21.9	31	19.5	56	20.5
> 50 años	23	20.2	23	14.5	46	16.8
Grado de instrucción						
Primaria	26	22.8	24	15.1	50	18.3
Secundaria	53	46.5	54	34	107	39.2
Superior universitaria/no universitaria	33	28.9	42	26.4	75	27.5
Post-grado*	1	0.9	34	21.4	35	12.8
Sin dato	1	0.9	5	3.1	6	2.2

* En el caso de Ucayali se considera que la colección y/o registro de información para educación de post-grado fue errónea

Conocimientos sobre VIH/SIDA

Un gran porcentaje del total de entrevistados en Loreto y Ucayali (más del 90% tanto en gestantes como entre sus familiares) reportó haber oído alguna vez acerca de la infección por VIH el SIDA. Sólo 34 personas indicaron no haber oído acerca del VIH/SIDA: 20 de la Región Loreto y 14 de la Región Ucayali (datos no presentados). Asimismo, las y los entrevistados de Loreto reportaron conocer más personas que viven con VIH o que han fallecido de SIDA que las y los entrevistados de la Región Ucayali.

Conocimiento sobre las formas de transmisión del VIH

En ambas regiones y tanto entre gestantes como entre sus familiares, un alto porcentaje de personas entrevistadas señaló que el VIH puede adquirirse por vía parenteral (al compartir una aguja de una persona infectada) o mediante transmisión vertical (de una madre infectada a su hijo). Asimismo, indicó que la infección no se transmite por compartir la comida con una persona que esté infectada. Sin embargo, también una proporción importante aún cree que el VIH se puede transmitir por la picadura de un mosquito y que una persona que luce saludable podría no estar infectada con el VIH.

Tabla 1.3 Conocimiento acertado de formas de transmisión del VIH

Forma de transmisión del VIH	Loreto				Ucayali			
	Gestante		Familiar		Gestante		Familiar	
	n=167	%	n=114	%	n=166	%	n=159	%
¿Ha escuchado alguna vez acerca de la infección por VIH o la enfermedad llamada SIDA?	151/166	91.0	109/114	95.6	158/166	95.2	153/159	96.2
¿Conoce a alguien que esté infectado con el VIH o que haya muerto de SIDA?	72/151	47.7	51/108	47.2	48/157	30.6	39/153	25.5
¿Tiene usted algún pariente o amigo cercano que esté infectado con VIH o que haya muerto de SIDA?	16/149	10.7	10/109	9.2	6/158	3.8	7/148	4.7
¿Pueden las personas protegerse del VIH, el virus que causa el SIDA, utilizando un condón de manera correcta cada vez que se tengan relaciones sexuales?	121/151	80.1	87/109	79.8	136/157	86.6	129/153	84.3
¿Puede una persona infectarse de VIH por la picadura de mosquito?	47/151	31.1	36/109	33.0	24/158	15.2	30/153	19.6
¿Pueden las personas protegerse del VIH al tener una pareja sexual fiel que no esté infectada?	116/150	77.3	85/109	78.0	75/158	47.5	77/153	50.3
¿Pueden las personas protegerse del VIH al dejar de tener relaciones sexuales?	108/150	72.0	88/108	81.5	80/158	50.6	71/153	46.4
¿Puede una persona infectarse con el VIH al compartir una comida con alguien que está infectado?	13/151	8.6	15/109	13.8	7/157	4.5	17/153	11.1
¿Puede una persona adquirir el VIH al inyectarse con una aguja que alguien más ha usado?	146/151	96.7	105/108	97.2	146/158	92.4	146/153	95.4
¿Piensa que una persona que se ve saludable puede estar infectada con VIH?	114/151	75.5	87/108	80.6	93/158	58.9	85/153	55.6
¿Puede una mujer embarazada que está infectada con VIH o SIDA transmitir el virus a su bebé?	137/150	91.3	95/107	88.8	140/158	88.6	117/153	76.5
¿Puede una mujer con VIH o SIDA transmitir el virus a su niño recién nacido a través de la leche materna?	126/150	84.0	90/108	83.3	114/158	72.2	104/153	68.0
¿Existen lugares donde las personas pueden hacerse una prueba para averiguar si están infectadas con el VIH?	150/151	99.3	101/109	92.7	152/157	96.8	147/153	96.1
Yo no quiero saber el resultado, pero ¿se ha hecho usted alguna vez una prueba de VIH?	136/154	88.3	44/112	39.3	144/158	91.1	86/153	56.2
¿Cuándo se realizó la prueba del VIH más reciente?								
En los últimos 5 meses	118/135	87.4	4/44	9.1	93/144	64.6	14/83	16.9
El año pasado	9/135	6.7	15/44	34.1	28/144	19.4	17/83	20.5
Hace 2 o 3 años	6/135	4.4	14/44	31.8	11/144	7.6	21/83	25.3
Más de 3 años	12/135	8.9	11/44	25.0	12/144	8.3	31/83	37.3

En el campo del control, más del 90% de las personas entrevistadas reportó conocer algún lugar al cual poder acudir a hacerse una prueba de VIH (Tabla 1.3).

Conocimiento sobre las formas de prevención del VIH

Los métodos de prevención más frecuentemente mencionados fueron el uso del condón, la fidelidad y la abstinencia. Las gestantes y puérperas tienen mayor información sobre prevención que los familiares y esto es similar en ambas regiones. Otras estrategias de prevención mencionadas fueron el no compartir agujas y jeringas, evitar las transfusiones de sangre, la orientación y la comunicación con la pareja.

Muy pocas personas identificaron las estrategias de prevención de la transmisión vertical a través del tratamiento antirretroviral a la gestante y el parto por cesárea. Sin embargo, las menciones a esas estrategias fueron más frecuentes entre los entrevistados y entrevistadas de la Región Loreto que entre los de la de la región Ucayali (Tabla 1.4).

Por último, raramente se hizo referencia a las nuevas tecnologías de prevención del VIH en implementación o investigación, como son la circuncisión masculina, los microbicidas, la profilaxis pre-exposición o las vacunas contra el VIH.

Tabla 1.4 Conocimiento acertado de formas de prevención del VIH

Prevención del VIH	Loreto				Ucayali			
	Gestante		Familiar		Gestante		Familiar	
	n=167	%	n=114	%	n=166	%	n=159	%
¿Qué maneras de prevención del VIH conoce o de cuáles ha oído hablar?								
Abstinencia sexual	15/167	9.0	10/114	8.8	19/166	11.4	4/159	2.5
Tener una pareja sexual fiel	77/167	46.1	28/114	24.6	33/166	19.9	20/159	12.6
Uso del condón	110/167	65.9	38/114	33.3	106/166	63.9	72/159	45.3
Sexo seguro	21/167	12.6	7/114	6.1	12/166	7.2	7/159	4.4
¿Qué puede hacer una mujer embarazada para reducir el riesgo de transmisión del VIH a su bebé?								
Tomar medicamentos ARV	48/167	28.7	26/114	22.8	20/166	12.0	8/159	5.0
Tener su parto por cesárea	10/167	6.0	9/114	7.9	3/166	1.8	18/159	11.3

Pruebas de VIH reciente

El 88.9% de gestantes reportó haberse hecho una prueba de anticuerpos de VIH en el último año; el porcentaje fue mayor en la Región Loreto (94.1%) que en la Región Ucayali (83%). Un porcentaje menor de familiares refirió haberse hecho una prueba de VIH alguna vez en su vida: 39.3% en la Región Loreto y 56.2% en la Región Ucayali (datos no mostrados).

Conocimiento sobre circuncisión masculina y neonatal

En las dos regiones existe un gran desconocimiento sobre circuncisión masculina, mucho más en Ucayali que en Loreto. Sólo 99 personas refirieron espontáneamente saberlo. Sin embargo, de estas, sólo 69 pudieron describir el procedimiento acertadamente (“...extirpación del prepucio a través de un procedimiento quirúrgico u operación”). Hay que mencionar que las encuestadoras interpretaron la descripción que el informante proporcionaba, para evaluar si la respuesta era acertada o no.

Algunas descripciones desacertadas del procedimiento fueron: "...cortar el capullo² del pene", "...cortar el pene para no tener hijos", "...cortar la cabeza del pene mediante una operación", "...el corte del pene del niño", "...está relacionado a la castidad", "...para no tener hijos", "...para prevenir el VIH" (esta última fue reportada por un varón en Loreto).

Entre las 99 personas que reportaron saber qué era la circuncisión masculina, las razones que proporcionaron para la realización del procedimiento estuvieron referidas a la prevención de las ITS, la prevención de las infecciones urinarias y la higiene (Tabla 1.5). Luego de brindar a cada uno de los encuestados una breve explicación acerca del procedimiento de la circuncisión masculina se preguntó a las mujeres si la pareja era circuncidada. Las gestantes que respondieron a esta pregunta fueron 328, sólo 38 (11.6%) indicaron que su pareja lo era. Cuando esta pregunta se le formuló a las parejas de las gestantes (respondieron 159) sólo 13 (8.2%) reportaron que lo eran.

Sólo 62 personas (10.2%) reportaron haber sido informadas sobre la circuncisión neonatal masculina. Indicaron que las fuentes de donde obtuvieron esta información fueron principalmente el médico, las charlas, el padre/madre/suegro(a), la enfermera y la obstetra. Otras fuentes de información referidas fueron "la Biblia", "la comunidad judía de Iquitos", "la universidad", "una amiga" y "leyendo" (Tabla 1.5).

Tabla 1.5 Conocimiento sobre circuncisión masculina

Variables	Loreto				Ucayali			
	Gestante		Familiar		Gestante		Familiar	
	n=167	%	n=114	%	n=166	%	n=159	%
¿Sabe lo que es la circuncisión masculina?								
Si sabe	47/167	28.1	35/114	30.7	7/166	4.2	10/158	6.3
La extirpación del prepucio por cirugía (por operación)	34/47	72.3	28/35	80.0	3/7	42.9	4/10	40.0
Otro*	7/47	14.9	4/35	11.4	2/7	28.6	4/10	40.0
¿Sabe usted por qué razones se realiza la circuncisión en varones? (respuesta múltiple)								
Higiene	21/47	44.7	15/35	42.9	0/7	0.0	4/10	40.0
Para prevenir el cáncer al pene	1/47	2.1	1/35	2.9	3/7	42.9	0/10	0.0
Para prevenir ITS	29/47	61.7	19/35	54.3	1/7	14.3	3/10	30.0
Para prevenir infecciones urinarias	25/47	53.2	14/35	40.0	2/7	28.6	3/10	30.0
Fimosis	5/47	10.6	9/35	25.7	0/7	0.0	1/10	10.0
Razones religiosas	3/47	6.4	1/35	2.9	1/7	14.3	0/10	0.0
¿Alguna vez le han informado acerca de la circuncisión neonatal?								
Si le han informado	18/166	10.8	17/114	14.9	11/166	6.6	16/159	10.1
¿Cómo se informó acerca de la circuncisión neonatal?								
Médico	4/18	22.2	7/17	41.2	4/11	36.4	2/16	12.5
Enfermera	4/18	22.2	1/17	5.9	3/11	27.3	1/16	6.3
Obstetra	1/18	5.6	1/17	5.9	1/11	9.1	1/16	6.3
Padre/madre/suegro(a)	3/18	5.6	0/17	0.0	1/11	9.1	0/16	0.0
Charlas	5/18	27.8	4/17	23.5	1/11	9.1	1/16	6.3
Otro	0/18	0.0	2/17	11.8	0/11	0.0	11/16	68.8

* "...la capacidad de remangar el prepucio para exponer el glande", "...cortar el capullo del pene", "...cortar el pene para no tener hijos", "...cortar la cabeza del pene mediante una operación", "...el corte del pene del niño", "...está relacionado a la castidad", "...para no tener hijos", "...para prevenir el VIH".

² El sustantivo "capullo" es término usado en Loreto para referirse al prepucio, pero también se usa para referirse a los varones en las etapas de la niñez, pubertad y la adolescencia que no han iniciado sus relaciones sexuales, o a los varones adultos que no pueden replegar el prepucio completamente, lo que sugiere, en la creencia popular, que no ha iniciado vida sexual aún.

De las gestantes que reportaron tener hijos varones (141), un mínimo número refirió haber hecho circuncidar a alguno (9). Entre aquellas que reportaron no haberlo hecho circuncidar, la razón principal fue la falta de información (73.2%) y por temor a la operación y al dolor que podría sentir su hijo (8.5%). Otras razones para no haber circuncidado a su hijo varón fueron: “*Decisión del padre*”, “*económicas*”, “*...sólo se pela su pene*”, “*...en el hospital le pelan su pene*”, “*...no creo que sea necesario*”, “*...no tenía ningún problema*”, “*...porque dio a luz en su casa*”, “*...porque estaba sano*”, “*...no tuvo infección ni complicaciones*”. Respecto al conocimiento de las gestantes sobre el efecto protector de la circuncisión masculina en la prevención del SIDA en varones heterosexuales, un 28.2% reportó que tenía conocimiento de esto. Estimamos que la respuesta a esta pregunta puede haber sido afectada por la información proporcionada sobre los objetivos del estudio, durante la aplicación del consentimiento informado, acerca de los beneficios de la circuncisión masculina en la prevención de la infección por VIH (Tabla 1.6).

Tabla 1.6 Práctica de la circuncisión neonatal

Práctica de la circuncisión neonatal	Loreto		Ucayali	
	Gestante		Gestante	
	n=167	%	n=166	%
¿Alguno de sus hijos ha sido circuncidado?	1/68	1.5	8/74	10.9*
¿Por qué razón no circuncidó a su hijo?*				
Recomendación del médico	4/68	5.9	1/74	1.3
No tenía información	53/68	77.9	51/74	68.9
Temor a la operación y al dolor	7/68	10.3	5/74	6.8
Otras razones***	6/68	8.8	6/74	8.1

* Se considera que la pregunta fue incorrectamente formulada o que las gestantes no la entendieron.

** Se toman en cuenta todas las gestantes, incluyendo las que contestaron “sí” a la pregunta, ¿Alguno de sus hijos ha sido circuncidado,” porque por la forma en que se realizó la encuesta, no es posible saber si una mujer tenía un hijo circundado y otro no?

*** “*Decisión del padre*”, “*económicas*”, “*...sólo se pela su pene*”, “*...en el hospital le pelan su pene*”, “*...no creo que sea necesario*”, “*...no tenía ningún problema*”, “*...porque dio a luz en su casa*”, “*...porque estaba sano*”, “*...no tuvo infección ni complicaciones*”.

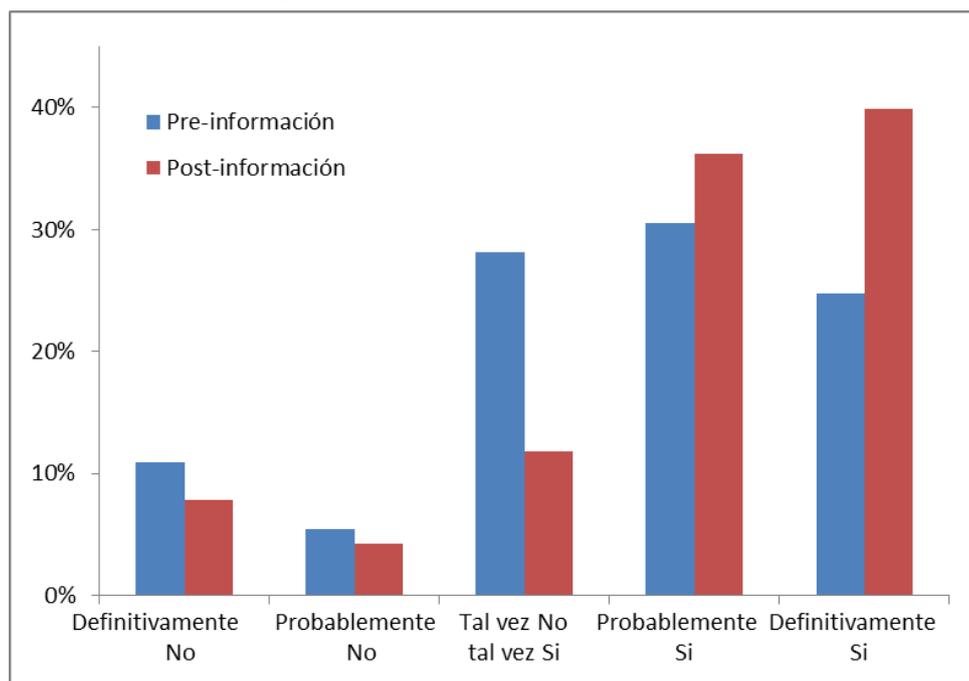
Un poco más de la mitad de las gestantes (55.3%) reportó que “probablemente o definitivamente sí” circuncidarían a su hijo por nacer si este fuera varón, luego de lo cual se les proporcionó una explicación de los tres ensayos clínicos que demostraron eficacia, de entre 50% y 60% en la reducción de la adquisición de VIH en hombres heterosexuales sexualmente activos en el África y luego se les volvió a formular la pregunta de si circuncidarían a su hijo por nacer si este fuera varón. La variación del cambio de actitud hacia la circuncisión se muestra en el gráfico 1.

Tabla 1.7 Actitud hacia la circuncisión neonatal

Actitud hacia la circuncisión neonatal	Loreto Gestante		Ucayali Gestante	
	n=167	%	n=166	%
¿Circuncidaría usted a su hijo si fuera varón? (Antes de proporcionar información sobre CM y prevención de VIH)				
Definitivamente no	31/166	18.7	5/165	3.0
Probablemente no	7/166	4.2	11/165	6.7
Tal vez si o tal vez no	41/166	24.7	52/165	31.5
Probablemente si	47/166	28.3	54/165	32.7
Definitivamente si	39/166	23.5	43/165	26.1
No responde	1/166	0.6	0/165	0.0
¿Sabe usted que la circuncisión masculina puede prevenir la infección por VIH?				
Sí sabe	55/164	33.5	39/166	23.5
¿Circuncidaría usted a su hijo si fuera varón? (Después de proporcionar información sobre CM y prevención de VIH)				
Definitivamente no	22/166	13.3	4/165	2.4
Probablemente no	7/166	4.2	7/165	4.2
Tal vez si o tal vez no	15/166	9.0	24/165	14.5
Probablemente si	65/166	39.2	55/165	33.3
Definitivamente si	57/166	34.3	75/165	45.6
No responde	0/166	0.0	1/165	0.6
¿Con quién consultaría la decisión de circuncidar a su hijo?*				
Pareja	129/167	77.2	110/166	68.3
Padre/madre/suegro/suegra	28/167	16.8	15/166	9.0
Otro miembro de la familia	3/167	1.8	3/166	1.8
Médico	49/167	29.3	45/166	27.1
Enfermera	4/167	2.4	2/166	1.2
Obstetra	7/167	4.2	1/166	0.6
Con nadie	28/167	16.8	15/166	9.0

* Pregunta de respuesta múltiple

Gráfico 1.1 Cambio de actitud hacia la CNM (%) cuando se informa sobre sus beneficios: Total de gestantes entrevistadas en Loreto y Ucayali



En un segundo análisis en el que se incorporó a los familiares en el modelo convertimos las variables de la escala en dicotómicas e incluimos a las alternativas “definitivamente no”, “probablemente no” y “tal vez sí o tal vez no” en la opción “no circuncidaría a su hijo”; y las variables “probablemente sí” y “definitivamente sí” las incorporamos en la opción “sí”. Además, incluimos a los familiares en el modelo.

La provisión de información acerca de los beneficios de la circuncisión neonatal masculina en relación a la prevención del VIH, contribuyó a un cambio favorable en la actitud hacia la circuncisión neonatal masculina, de 77.2% ($p<0.001$) entre las gestantes y de 69.2% ($p<0.001$) entre los familiares (Tabla 1.8).

Tabla 1.8 Cambio de actitud frente a la circuncisión neonatal masculina antes y después de brindar información sobre beneficios en prevención de infección por VIH

Cambio de actitud	Antes de la explicación								
	Actitud frente a CNM	Gestantes (valor de $p<0.001$)				Familiares (valor de $p<0.001$)			
		No	Si	No	Si	No	Si	No	Si
Después de explicación	No	n	%	n	%	n	%	n	%
	Si	74	50.3	0	0	74	91.4	70	37
	Total	73	49.7	184	100	7	8.6	119	63
		147	100	184	100	81	100	189	100
Cambio positivo total		77.2%				69.2%			

El análisis bivariado entre las gestantes dio como significativas la edad, el grado de instrucción, tener conocimiento sobre VIH, saber previamente sobre la circuncisión y saber que la circuncisión previene el VIH. Se realizó un análisis de regresión logística binomial para determinar cuál de estas variables era importante para el cambio de actitud frente a la posibilidad de circuncidar a su hijo en caso este naciera varón. Todas estas variables se ajustaron por edad porque a mayor edad había mayor posibilidad de cambio.

Tabla 1.9 Factores asociados al cambio de actitud frente a la CNM si su hijo naciera varón*

Variable	OR	IC 95%		Pr(> Z)
Grado de instrucción				
Sin instrucción/primaria (Referencia)	1			
Secundaria	0.73	0.39	1.39	0.34
Universitaria/No universitaria	0.26	0.10	0.68	0.01
Tener conocimientos sobre transmisión del VIH				
No (Referencia)	1			
Si	1.17	0.37	3.76	0.79
Saber previamente sobre la circuncisión				
No (Referencia)	1			
Si	0.77	0.33	1.78	0.54
Saber que la circuncisión previene el VIH				
No (Referencia)	1			
Si	1.10	0.61	1.99	0.76

* Ajustado por edad

La única variable que se asoció negativamente al cambio de actitud frente a la circuncisión neonatal masculina fue el grado de instrucción: quienes tenían educación superior (universitaria/no-universitaria) mostraron 74% menos posibilidades de cambiar de actitud que quienes reportaron no tener instrucción o tener instrucción primaria. Las otras tres

variables (conocimiento sobre VIH, saber previamente sobre la circuncisión y saber que la circuncisión previene el VIH) no fueron significativas (Tabla 1.9).

La principal motivación que reportaron las gestantes para hacer circuncidar a su hijo en caso este naciera varón fue la prevención de enfermedades. Por otro lado, aquellas gestantes que indicaron que no circuncidarían a su hijo si naciese varón, indicaron que no lo harían por sus temores a la operación, a las complicaciones del procedimiento quirúrgico y a que el niño sienta dolor.

La edad que los encuestados consideran más apropiada para la circuncisión de un niño es dentro del primer mes de vida o dentro del primer año (Tabla 1.10).

Tabla 1.10 Razones para circuncidar a su hijo por nacer si fuera varón

Razones	Loreto		Ucayali	
	Gestantes		Gestantes	
	n=167	%	n=166	%
¿Por qué razón circuncidaría a su hijo?				
Para prevenir enfermedades	117/167	70.0	128/166	77.1
Recomendación del médico	1/167	0.6	7/166	4.2
Por razones de higiene	28/167	16.8	5/166	3.0
¿Por qué razón no circuncidaría a su hijo?				
Temor a la operación	45/167	26.9	26/166	15.7
Temor a las complicaciones	35/167	21.0	23/166	13.9
Temor a que sienta dolor	54/167	32.3	18/166	10.8
Por razones económicas	8/167	4.8	3/166	1.8
No sabe	19/167	11.4	45/166	27.1
¿Cuál cree usted que es la mejor edad para circuncidar a su hijo? (todos los entrevistados)				
Menor de un mes	71/157	45.2	50/161	31.1
Menor del año	47/157	29.9	53/161	32.9
Mayor de un año	29/157	18.5	27/161	16.8
A sugerencia de personal de salud	4/157	2.5	21/161	13.0

Una gran proporción de gestantes entrevistadas indicaron que en caso de circuncidarlos llevarían a sus hijos a un establecimiento del Ministerio de Salud (87.5%), en menor medida a una clínica o a un médico particular (10.6%). La mayoría expresó que la intervención debería ser realizada por un médico (80.6%). Asimismo, una gran proporción (85.9%) refirió que recomendaría el procedimiento quirúrgico a otros padres.

Con relación al beneficio de la circuncisión en la prevención de la adquisición del VIH y a las potenciales complicaciones que el procedimiento podría implicar, se pidió a las gestantes sopesar el beneficio versus el riesgo. La mayoría (46.6%) respondió que consultarían con varios especialistas, el 37.5% indicó que averiguaría cuáles son las complicaciones y el 4.2% que se tomaría un tiempo antes de decidir.

En caso de potenciales complicaciones una vez realizado el procedimiento, el 46% manifestó que quien debería acompañar al niño es la madre, mientras que para el 36.8% debían hacerlo el padre y la madre.

Una proporción importante de gestantes indicó que estaría dispuesta a pagar por el procedimiento de circuncisión. La mitad pagaría hasta 50 soles. El porcentaje de quienes

estarían a favor de circuncidar a su hijo se incrementaría si es que el procedimiento fuese gratuito (Tabla 1.11).

Tabla 1.11 Sobre la práctica de la circuncisión neonatal

Variables	Loreto		Ucayali	
	Gestante		Gestante	
	n=167	%	n=166	%
¿Dónde llevaría a su hijo para ser circuncidado?				
Establecimiento del MINSA	127/158	80.4	153/162	94.4
Clínica privada	16/158	10.1	7/162	4.3
Médico particular	9/158	5.7	2/162	1.2
Otro	6/158	3.8	0/162	0.0
¿Quién cree usted que debería realizar el procedimiento de circuncisión en el recién nacido?				
Enfermera	5/157	3.2	7/162	4.3
Obstetra	11/157	7.0	32/162	19.8
Médico	138/157	87.9	119/162	73.5
¿Recomendaría usted a otros padres que circunciden a su hijo recién nacido?				
Sí	127/157	80.9	147/162	90.7
En caso de complicación del procedimiento de circuncisión ¿quién acompañaría al recién nacido?				
Padre	15/149	10.1	36/153	23.5
Madre	81/149	54.4	58/153	37.9
Ambos	52/149	34.9	59/153	38.6
Otro	1/149	0.7	0/153	0.0
Si le indican que el procedimiento de circuncisión disminuye las posibilidades de adquisición del VIH, pero que podrían haber complicaciones para su hijo, usted:				
Lo circuncidaría de todas maneras	20/152	13.2	5/157	3.2
Averiguaría cuáles son las complicaciones	61/152	40.1	55/157	35.0
Consultaría con varios especialistas antes de decidir	54/152	35.5	90/157	57.3
Tomaría tiempo para decidir	9/152	5.9	4/157	2.5
Probablemente no haría circuncidar a su hijo	4/152	2.6	1/157	0.6
No haría circuncidar a su hijo	4/152	2.6	2/157	1.3
¿Estaría dispuesto a pagar por la circuncisión?				
Sí	120/158	75.9	139/162	85.8
¿Circuncidaría a su hijo si la operación fuera gratuita?				
Sí	138/164	84.1	149/165	90.3

Consumo de medios de comunicación

Con el interés de identificar los canales de información más idóneos para informar sobre temas de prevención de VIH y circuncisión neonatal masculina, el cuestionario incluyó un componente de consumo de medios y de canales de comunicación a través de los cuales los entrevistados y entrevistadas reciben mensajes de salud. El medio de mayor consumo diario es la televisión. Este no es el caso del consumo de radio: menos de la mitad de las gestantes y los familiares indicaron haber oído radio todos los días en el mismo período de tiempo. Un medio de comunicación que se consume muy poco es el periódico; menos de la mitad de los encuestados reportaron leer alguno por lo menos una vez a la semana.

Las fuentes de información sobre temas de salud más referidas por las gestantes fueron la charla en el establecimiento de salud, la televisión y la radio, que tuvieron el mismo orden de prioridad entre los familiares. En cambio, tanto entre las gestantes como entre sus familiares, las fuentes de información menos mencionadas fueron las charlas en colegios, en la municipalidad o local comunal, los folletos y los afiches.

Las gestantes indicaron que preferían que la información acerca de la circuncisión neonatal masculina les fuese alcanzada mediante la charla en el establecimiento de salud, la televisión y la radio. Las preferencias de los familiares no difirieron mucho de las de las gestantes (Tabla 1.12).

Tabla 1.12 Consumo de medios de comunicación y preferencias de canales de información

Consumo de medios y preferencias	Loreto				Ucayali			
	Gestante		Familiar		Gestante		Familiar	
	n=167	%	n=114	%	n=166	%	n=159	%
Consumo de radio								
Todos los días	83/166	50.0	66/114	57.9	62/166	37.3	33/159	20.8
Una vez a la semana	48/166	28.9	26/114	22.8	56/166	33.7	61/159	38.4
Menos de una vez a la semana	9/166	5.4	10/114	8.8	22/166	13.3	19/159	11.9
No escuchó radio en las últimas 4 semanas	23/166	13.9	10/114	8.8	24/166	14.5	16/159	10.1
No sabe	1/166	0.6	2/114	1.8	0/166	0.0	0/159	0.0
No responde	2/166	1.2	0/114	0.0	2/166	1.2	0/159	0.0
Consumo de televisión								
Todos los días	117/166	70.5	72/114	63.2	135/166	81.3	122/159	76.7
Una vez a la semana	23/166	13.9	20/114	17.5	19/166	11.4	23/159	14.5
Menos de una vez a la semana	8/166	4.8	7/114	6.1	2/166	1.2	6/159	3.8
No vio televisión en las últimas 4 semanas	18/166	10.8	13/114	11.4	6/166	3.6	6/159	3.8
No sabe	0/166	0.0	2/114	1.8	3/166	1.8	0/159	0.0
No responde	0/166	0.0	0/114	0.0	1/166	0.6	2/159	1.3
Consumo de periódicos								
Todos los días	34/165	20.6	26/114	22.8	58/165	35.2	83/159	52.2
Una vez a la semana	69/165	41.8	39/114	34.2	65/165	39.4	51/159	32.1
Menos de una vez a la semana	32/165	19.4	23/114	20.2	22/165	13.3	8/159	5.0
No leyó periódico en las últimas 4 semanas	29/165	17.6	24/114	21.1	12/165	7.3	14/159	8.8
No sabe	0/165	0.0	2/114	1.8	3/165	1.8	1/159	0.6
No responde	1/165	0.0	0/114	0.0	5/165	3.0	2/159	1.3
¿De qué manera se informa sobre temas de salud?*								
Charlas en el centro de salud	95/166	57.2	42/113	37.2	91/165	55.2	51/157	32.5
Radio	39/166	23.5	35/113	31.0	17/165	10.3	31/157	19.7
Televisión	21/166	12.7	21/113	18.6	40/165	24.2	47/157	29.9
Periódico	1/166	0.6	4/113	3.5	6/165	3.6	12/157	7.6
Charlas en el colegio	1/166	0.6	1/113	0.9	1/165	0.6	2/157	1.3
Charlas en la municipalidad	1/166	0.6	1/113	0.9	2/165	1.2	0/157	0.0
Afiches	1/166	0.6	3/113	2.7	1/165	0.6	1/157	0.6
Folletos	1/166	0.6	0/113	0.0	1/165	0.6	4/157	2.5
Otros	4/166	2.4	3/113	2.7	3/165	1.8	1/157	0.6
No sabe	2/166	1.2	1/113	0.9	3/165	1.8	8/157	5.1
No responde	0/166	0.0	2/113	1.8	0/165	0.0	0/157	0.0
¿De qué manera le gustaría informarse sobre CNM?*								
Charlas en el centro de salud	114/167	68.3	63/114	55.3	130/166	78.3	89/159	56.0
Radio	36/167	21.6	35/114	30.7	15/166	9.0	22/159	13.8
Televisión	60/167	35.9	39/114	34.2	44/166	26.5	64/159	40.3
Periódico	4/167	2.4	6/114	5.3	21/166	12.7	37/159	23.3
Charlas en el colegio	3/167	1.8	1/114	0.9	2/166	1.2	2/159	1.3
Charlas en la municipalidad	12/167	7.2	19/114	16.7	8/166	4.8	9/159	5.7
Afiches	30/167	18.0	9/114	7.9	10/166	6.0	5/159	3.1
Folletos	42/167	25.1	16/114	14.0	22/166	13.3	12/159	7.5
No sabe	0/167	0.0	2/114	1.8	4/166	2.4	12/159	7.5
No responde	1/167	0.6	3/114	2.6	2/166	1.2	2/159	1.3

*Preguntas con opción de respuestas múltiples

1.3 Grupos de discusión y entrevistas en profundidad con gestantes, puérperas y sus parejas

1.3.1 Métodos

Para este componente se organizaron grupos de discusión con mujeres registradas en los Cuadernos de Registro de los servicios materno-infantiles de los establecimientos de salud de la DIRESA y con sus parejas quienes serían derivadas por ellas o contactadas a través del personal de los servicios de salud, en las regiones de Ucayali y Loreto. Para tal efecto se elaboró una guía de discusión que abordó los siguientes temas:

- Conocimiento de VIH/SIDA.
- Conocimiento, percepciones, actitudes y prácticas sobre circuncisión masculina.
- Conocimiento, percepciones, actitudes y prácticas sobre circuncisión neonatal masculina.
- Exploración de consumo de medios y preferencias para la disseminación de información sobre salud.

La guía de discusión semi-estructurada constó de 35 preguntas y permitió repreguntar sobre algunos aspectos adicionales cuando la información proporcionada por los participantes mostraba aspectos diferentes a los de la guía. La guía de preguntas se encuentra en el Anexo 1.2: Cuestionario Semi-estructurado para Grupos de Discusión.

Los grupos de discusión estuvieron a cargo de dos profesionales de la Asociación Civil Selva Amazónica (ACSA), un psicólogo clínico y una obstetra, ambos entrenados en técnicas cualitativas de recolección de información, en protección de sujetos humanos en investigación y en buenas prácticas de investigación clínica.

El psicólogo clínico facilitó los grupos de discusión y las entrevistas en profundidad, en principio para reducir la variabilidad que podría existir en el manejo de la dinámica grupal en la forma en la que las preguntas se plantearían; mientras que la obstetra tomó notas durante las dinámicas grupales.

Los participantes en los grupos de discusión fueron convocados por los responsables de servicio de Salud Materna de los establecimientos de salud seleccionados. Las actividades se llevaron a cabo en los mismos servicios.

Todos los participantes pasaron por un proceso de consentimiento informado que culminó en la firma de un formato del mismo cuando todas sus preguntas fueron absueltas. Una copia del formato de consentimiento informado fue entregada a la o al participante y otra copia se encuentra archivada en las oficinas de ACSA en un gabinete con llave, de acceso restringido sólo a los investigadores.

Los grupos de discusión y la entrevista en profundidad fueron registradas en soporte digital y luego transcritas, lo cual nos ha permitido identificar “unidades de texto”. La “unidad de texto” hace referencia a todos aquellos enunciados que los participantes manifiestan durante la dinámica de discusión. De estas unidades se excluyen las que sólo son interjecciones. Dentro de estos enunciados, los investigadores identifican sub-unidades que son las unidades de interés, a través de un proceso de codificación, que son las que hacen referencia

al tema en discusión. Las sub-unidades de interés son en las cuales se basa el análisis de contenido.

El trabajo de campo en Loreto y Ucayali se llevó a cabo en el local de los establecimientos de salud, tal como se muestra en la tabla 1.13. El número de grupos de discusión se definió a priori. En las zonas urbanas de cada región se organizó un grupo de discusión con gestantes y otro con parejas y familiares de gestantes; igualmente, en las zonas rurales de cada región se constituyó un grupo de discusión con gestantes y otro con parejas y familiares de gestantes. No se usó el criterio de saturación por tratarse de una primera aproximación exploratoria.

El análisis de los textos se hizo aplicando el enfoque de Framework Analysis (Richie and Spencer 1994) que, en contraste con la Teoría Fundamentada (Charmaz 2006; Glaser and Strauss 1967), se enfoca en identificar las necesidades específicas de información, para proporcionar resultados y recomendaciones en un periodo de tiempo más reducido. Los temas fueron predefinidos a partir de un cuestionario semi-estructurado.

Tabla 1.13 Grupos de discusión y entrevistas en profundidad por región

Ciudad	Actividad	Gestante/Puérpera		Pareja de gestante/Pareja de puérpera		Total
Loreto (Iquitos)	Grupo focal	GDL20ABR111 5 participantes Edades: 26, 29, 37, X, X. Loreto G	GDL23ABR112 6 participantes Edades: 20, 21, 25, 31, 32. Loreto B	GDL24ABR113 3 participantes Edades: 22, 27, 31. Loreto B	GDL30ABR114 2 participantes Edades: 23, 25. Loreto A	4
		GDU26ABR111 6 participantes Edades: 21, 21, 29, 29, 33. X. Ucayali C	GDU27ABR112 6 participantes Edades: 22, 26, 28, 32, 36, 48. Ucayali E	GDU28ABR113 5 participantes Edades: 30, 36, 41, 41, 65. Ucayali C	GDU28ABR114 5 participantes Edades: 24, 26, 31, 35, 36. Ucayali E	
Ucayali (Pucallpa)	Entrevista a profundidad			EP27ABR111 1 participante Edad: 30 Ucayali E		1

1.3.2 Resultados³

En los grupos de discusión con gestantes y puérperas⁴ participaron mujeres entre los 20 y 48 años de edad. Cada uno de ellos tuvo representatividad de diversos grupos etarios. Los grupos de varones de Iquitos fueron más jóvenes, entre 22 y 31 años, y los de Pucallpa mayores, entre 24 y 36 años. Tres de las informantes no proporcionaron su edad. Los grupos de discusión tuvieron una duración entre 60 y 90 minutos. Se realizó una entrevista en profundidad con una pareja de gestante debido a que fue el único participante que se presentó al local.

Conocimientos sobre VIH/SIDA

La guía indagó sobre el conocimiento que los informantes tenían en este aspecto a partir de dos preguntas: a) “¿Qué es el VIH/SIDA?” sin hacer diferencia específica entre “infección por VIH” y “estado SIDA”; y b) “¿Qué formas de prevención del VIH/SIDA conocen o han oído hablar?”. El objetivo de las mismas era recoger lo que los informantes sabían, de lo que

³ En esta sección se incluyen citas textuales de los entrevistados, transcribiendo literalmente el lenguaje sexual explícito y coloquial.

⁴ Debido a la limitación del tiempo para la ejecución del trabajo de campo y ante la dificultad que encontramos para convocar a gestantes, se hicieron grupos de discusión con puérperas.

habían oído hablar y las percepciones que tenían sobre el tema durante la interacción en la dinámica grupal, y a partir de ello rescatar actitudes y creencias alrededor del tema.

El VIH/SIDA se definió como una enfermedad producida por un virus que “mata las defensas del cuerpo”, muy contagiosa, peligrosa y mortal que se transmite sexualmente, pero también a través de la sangre contaminada y de la madre al niño durante el parto. En los dos grupos de varones de Pucallpa se mencionó las maneras como no se transmite el virus reportado como: “a través de besos y abrazos, por compartir utensilios o comida”. En lo que respecta a las formas de prevenir la infección, se mencionaron estrategias como el sexo seguro haciendo referencia el uso del condón masculino; no hubo mención al sexo no penetrativo como estrategia de sexo seguro y tampoco se mencionó el condón femenino. Otras estrategias alrededor de la prevención de la transmisión sexual hacían referencia al tener relaciones sexuales con una sola pareja y la fidelidad. Respecto a estrategias de prevención no relacionadas a la transmisión sexual se mencionaron no compartir objetos punzo cortantes como las hojas de afeitar y máquinas de afeitar, y las agujas usadas en jeringas. También se hizo referencia a la educación y la información como elemento importante para la prevención.

Tabla 1.14 Conocimiento sobre VIH/SIDA y estrategias de prevención de VIH/SIDA

		Ucayali	Loreto
Parejas de gestantes/ púerperas	Descripción	“...es una enfermedad que se transmite por la sangre, cualquiera lo puede adquirir, los pobres son los que más se infectan por no conocer métodos de protección” (GD, parejas de gestante, Ucayali E).	“...es una enfermedad que se transmite por el coito, también por el parto, de la madre al hijo” (GD, parejas de púerpera, Loreto A).
	Prevención	“...la fidelidad a tu pareja” (GD, parejas de gestante, Ucayali E)	“(El preservativo) es el más eficaz, pero además hay pastillas, ampollas (...)” (GD, parejas de gestante Loreto B).
Gestantes/ púerperas	Descripción	“...cuando hacen relación sexual entre dos hombres, allí puede transmitir el sida y cuando un hombre contagia a una mujer cuando el condón está roto y trae enfermedades y peor cuando la embarazo” (GD, gestantes, Ucayali C).	“Es una enfermedad que te puede llevar a la muerte” (GD, gestante, Loreto B).
	Prevención	“Hay muchos métodos para cuidarse entre parejas, los condones, no revolcarse con una y otras mujeres. Solo tener una sola pareja, no sabes si está sana, te expones a contagiarte del VIH” (GD, gestantes, Ucayali E).	“Cuidarse con los métodos...con el método anticonceptivo del condón, tener sólo una pareja, cuidarse ambos” (GD, gestante, Loreto G).

Conocimientos y percepciones sobre los genitales masculinos y la circuncisión

Acerca del concepto de circuncisión masculina y los aspectos relacionados a ella la guía de preguntas incluía preguntas sobre el prepucio y su función, la circuncisión, la relación entre prepucio y la actividad sexual entre otras.

Analizaremos este componente del informe desde la perspectiva de los varones y de las gestantes de manera independiente puesto que encontramos diferencias importantes desde la **percepción** de género. Una aproximación a la descripción desde estas dos posiciones enriquece mucho el análisis.

a) Desde la perspectiva de los varones

Esta descripción de resultados corresponde a los grupos de discusión con parejas de gestantes y puérperas y a la entrevista en profundidad con un informante en la Región Ucayali.

Sobre el prepucio y su función

En general, en su mayoría, en los grupos de discusión de ambas regiones los informantes reportaron que no tenían conocimiento de lo que la palabra “prepucio” significaba aunque habían escuchado hablar de ella. Uno de los grupos focales de Pucallpa fue explícito en exigir que en los establecimientos de salud debieran dar charlas porque los varones no “*conocen sus partes*”.

Cuando definieron el prepucio lo describieron como “*...la capa que cubre el pene*”, “*...que cubre el glande*”. En el argot popular de los habitantes de Ucayali, el prepucio tiene por nombre “*carapa*” que es la corteza de la madera, “*lo que va encima*”, “*algo así como cáscara*”. En Loreto se refirieron al prepucio como “*capullo*”, aunque más adelante “*capullo*” también adquirió otro significado que describiremos posteriormente.

En ambas regiones reconocen que el prepucio tiene una función de protección, evitando la exposición del glande a las bacterias o virus del medio ambiente y del calzoncillo. La importancia del prepucio se define a partir de función de prevención de infecciones o enfermedades, pero también como una fuente de suciedad y mal olor, que puede conducir a un problema de higiene. Una pareja de gestante entrevistada explicó de esta manera la importancia del prepucio:

“...cuando vas a orinar y no lo vuelves a su sitio, por dentro se mantiene la orina”. Cuando no lo sacas de la carapa, no se vacea (sic) y produce un problema de higiene”. Acá los hombres bromean de eso, cuando están fastidiando dicen ‘te voy a hacer oler mi carapa’, sobre todo porque en la selva hay que bañarse todos los días, es una broma” (Entrevista en profundidad, pareja de gestante, Ucayali E).

Los problemas que se expresan por la ausencia del prepucio hacen referencia a que la piel (del glande) se torna hipersensible, produciendo molestias al generar roce con el calzoncillo o con los pantalones en caso no se use ropa interior, aunque algunos informantes refirieron que en su propia experiencia ellos no tenían ningún problema a pesar de tener el prepucio completamente replegado exponiendo el glande.

Sobre “remangar el prepucio”

Los investigadores estuvimos interesados en conocer cuáles eran las ideas y construcciones culturales alrededor de remangar el prepucio, puesto que muchas informantes hacían referencia a esto.

En Iquitos, a los varones que no pueden remangar el prepucio se les denomina “*capullos*”. Se considera normal que los niños no se puedan remangar el prepucio y se les denominan “*capullitos*”. Sin embargo, a cierta edad, mayormente durante la adolescencia, se espera que todo varón ya pueda remangar el prepucio. Remangar el prepucio está asociado a un proceso doloroso y se sugieren algunas estrategias para aliviar el trauma de este proceso. La primera está relacionada con la madre y lo que ella debe hacer para

ayudar a su niño a que se pueda remangarlo “poquito a poco” mientras que lo baña y lo asea. La segunda a través de la masturbación, pues ésta te permite tirar el prepucio hacia atrás y, para sentir placer, el prepucio debe estar completamente replegado. La tercera manera de remangar el prepucio es a través del debut sexual, es decir, la primera vez que el varón tiene relaciones sexuales. Cuando un varón en su primera relación sexual no ha remangado completamente el prepucio puede sufrir un poco de dolor, a este proceso se le denomina “perder la virginidad”. A aquellos varones adultos que no pueden remangar el prepucio se les considera “capullos”, como niños, y por consiguiente se asume que no han tenido relaciones sexuales aún.

“...una de ellas (maneras de remangar el prepucio) es la masturbación...algunos amigos nunca se masturbaron y cuando tuvieron sexo por primera vez les fue doloroso, más que placer sintieron dolor, por eso hay que hacerlo poco a poco para que no duela” (GD, parejas de gestante, Ucayali C).

“...un hombre capullo es como un niño” (GD, parejas de gestante, Ucayali E).

El sexo doloroso fue un tema recurrente al discutir los aspectos relacionados a remangar el prepucio, y los informantes expresaron muchas ideas de las razones por las cuales algunos varones lo experimentan.

El sexo doloroso está asociado a la incapacidad de poder remangar el prepucio para exponer el glande, que mayormente acontece durante el debut sexual. Los informantes indican que parte de este proceso está asociado a “romper” el frénulo prepucial al que denominan el “hilito” y acontece cuando el varón no ha podido remangar el prepucio de niño. En algunos casos, manifiestan, esto puede venir con un poco de sangrado. Este acontecimiento está asociado también a la pérdida de la virginidad y es similar a lo que experimentan las mujeres y es considerado como un rite-du-passage que indica que el varón ha dejado de ser niño y pasa a ser adulto. Otras referencias al sexo doloroso están asociadas a las infecciones de transmisión sexual que pueden provocar dolor y ardor y dificultan las relaciones sexuales normales.

“...doloroso es (tener relaciones sexuales) porque hace por primera vez, es igual cuando las mujeres a los 15 años tienen dolores, al hombre se le rompe, se revienta el hilo, le sale sangre” (GD, parejas de gestante, Ucayali E).

Percepción acerca de los hombres que son circuncidados y no circuncidados

Para que los participantes tuvieran una idea del aspecto y las diferencias entre un pene circuncidado y sin circuncidar e iniciar la discusión de las percepciones y actitudes sobre los varones circuncidados, se presentaron ilustraciones y fotografías de penes sin circuncidar, con el prepucio cubriendo el glande y penes circuncidados.

El aspecto normal de un pene es que tenga prepucio. Un varón circuncidado se percibe como alguien diferente a uno, que está enfermo, deforme, que es un fenómeno, que no es normal, que pudo haber tenido una enfermedad que hizo que lo perdiera. La ausencia del prepucio también se atribuye al exceso de las relaciones sexuales, o a un accidente. Hubo una anécdota en uno de los grupos de discusión de Pucallpa que sugería que un hombre circuncidado (“operado”) ya no podía tener hijos, era como un quemado.

Uno de los aspectos que se mencionó en los dos grupos de discusión de Iquitos es el de la vulnerabilidad de los hombres circuncidados al dolor y a las enfermedades e infecciones al faltarle la protección que el prepucio ofrece. Los informantes que indicaron que no percibían ninguna diferencia entre los hombres circuncidados y no circuncidados fueron aquellos que reportaron haber hecho el servicio militar.

Funcionalidad del prepucio en la sexualidad

Respecto a la percepción que los varones tienen de la importancia del prepucio en la sexualidad existen varias perspectivas, pero muchos coinciden en que la presencia del prepucio ayuda a la lubricación del pene/glande en el momento de las relaciones sexuales y a su vez el juego del prepucio al replegarse y cubrir el glande estimula la erección, antes y durante la penetración. Otro comentario hizo referencia que al replegarse el prepucio (durante la penetración) se arrugaba y esto “roza más” el tracto vaginal.

“La parte interna y externa ayudaría en la erección, cuando tienen relaciones sexuales” (GD, parejas de gestante, Loreto B).

“Yo creo que sí (que el prepucio tiene una función especial en la sexualidad), al momento de pelarse, se acumula arrugas y debe dar alguna sensación”.
“...al arrugarse roza más” (GD, parejas de gestante, Ucayali E).

En lo que concierne a la importancia que podría tener el prepucio para las mujeres, hubo referencia a la preocupación o curiosidad que podría generar la ausencia de prepucio. No obstante, otro informante sugirió que “así pelado” debe ser más excitante para ellas. Otro grupo de informantes consideró que el prepucio no era importante para las mujeres. En su percepción, para ellas es más importante el tamaño del pene y que se erecte.

“Nunca he escuchado que sea importante para ellas, ni para mis amigos, no he escuchado que sea importante para ellas, estéticamente o de otra manera”
(GD, parejas de gestante, Ucayali C).

Acerca de la circuncisión masculina

En los grupos de discusión de varones se hace poca referencia al procedimiento; un participante, escasamente menciona que supo de él a través del programa de dibujos animados de “South Park”. En ambos casos, las menciones fueron referidas a rituales religiosos. Al describir el procedimiento, los informantes indicaron que la intervención implica cortar el “hilito”/frénulo prepucial y en algunos casos el procedimiento está a cargo del padrino. La circuncisión protege de algunas enfermedades porque hace que el pene se vuelva duro.

“(Circuncisión masculina) es la primera vez que lo escucho” (GD, parejas de gestante, Loreto B).

“Lo escuché en un dibujo, en “South Park, dicen que le iban a hacer la circuncisión a su hermano menor y pensaba que le iban a cortar todo, que le iban a cortar el bomberito. Yo creo que cortan el hilito para que pueda pelar completo” (GD, parejas de gestante, Ucayali E).

Durante los grupos de discusión se ofreció una explicación de lo que es la circuncisión masculina, de lo que implica y de la práctica en algunos otros lugares del mundo o en

algunas otras religiones. La reacción a esta parte de la discusión fue de una serie de interrogantes de diferente índole. Algunos informantes indicaron que la madre tenía mucha responsabilidad sobre el particular. Para evitar el procedimiento quirúrgico habría que indicar y entrenar a las madres para que puedan ayudar a los niños varones a remangar el prepucio para evitar la necesidad de la intervención, y que sólo debería hacerse si el médico lo indicaba. Algunos otros relataron testimonios de experiencias personales, como por ejemplo un padre que había hecho circuncidar a su hijo y que el segundo de sus hijos menores tenía problemas, aparentemente de fimosis. Otro testimonio hizo referencia a que el ser circuncidado no implicaba ninguna disfunción en lo que a desempeño sexual se refiere puesto que en este caso el protagonista del testimonio, un conocido del participante, había podido “debutar” (sexualmente) de manera muy natural y se había casado y tenido hijos.

“Es la primera vez que escucho este tema, sería bueno que se informe a la población, es un tema importante para una campaña, orientar a los padres de familia que asisten a los establecimientos”.

“Es un tabú hablar de ese tema”.

“Yo he trabajado con el sector salud durante años pero nunca he escuchado de ese tema pero los temas son para las mamás u otras cosas” (GD, parejas de gestante, Ucayali C).

“Una persona que es necesario hacerle esa operación es porque lo necesita, no todos nacemos igual, si se diera en la selva pues... acá nunca he escuchado” (Entrevista en profundidad, pareja de gestante, Ucayali E).

Los beneficios percibidos de la circuncisión incluyeron principalmente los de la higiene y la prevención de la transmisión de enfermedades del varón a la mujer durante las relaciones sexuales. Una segunda ventaja mencionada fue la prevención del dolor, estimamos que se referían a las relaciones sexuales dolorosas, pero estas son ventajas atribuidas al procedimiento en el contexto de que la circuncisión sea requerida clínicamente o como parte de una tradición religiosa.

Las desventajas percibidas del procedimiento de la circuncisión por parte de los informantes estuvieron asociadas a los potenciales efectos colaterales del procedimiento como infecciones. Otra de las desventajas referida fue hipersensibilidad después de la operación, en varias dimensiones: la sensibilidad que produciría dolor inmediatamente después de la operación; la hipersensibilidad que podría contribuir a la eyaculación precoz afectando las relaciones sexuales para con la pareja que tal vez no pudiera disfrutar en el mismo tiempo; y la sensibilidad que afectaría la rutina cotidiana, en especial de aquellos informantes que se dedican a manejar motos/motocar, que aparentemente manifiestan que la actividad produce concentración de calor en la zona genital. Un informante preguntó si la circuncisión afectaría, o aliviaría, las relaciones sexuales en las que a veces el pene sangra.

Los investigadores tuvieron interés en saber cómo percibían el efecto que la circuncisión podría tener en el desempeño sexual. Los varones indicaron que la circuncisión no tenía ningún efecto y otros mencionaron que desconocían si había alguno.

“No le afecta en nada, todo está en la mente” (GD, parejas de gestante, Loreto B).

“Mi amigo que está operado hace relaciones normales, se le para, para con una y otra mujer, el dice que de muchacho lo operaron, ‘pero yo no puedo tener hijos y me cagaron’” (GD, parejas de gestante, Ucayali E).

Circuncisión neonatal masculina

Antes de abordar el tema específico de circuncisión neonatal masculina la guía incluyó la pregunta que indagaba acerca de la edad que los informantes consideraban era adecuada o sugerían para hacer el procedimiento de circuncisión. Sólo en el caso que la intervención sea necesaria, después de la evaluación del médico, las propuestas sobre la edad en la que el procedimiento debería realizarse se dividieron en dos, que se haga en las etapas tempranas de la vida del niño, recién nacidos o cuando son niños, o mucho más adelante, después de la pre-adolescencia. En el primer caso se mencionaron las preocupaciones de someter a una cirugía a un recién nacido.

“Yo creo que cuando nacen o luego de años, por lo que el pene va creciendo y se va notando si tiene algún problema. Si nacen con ese problema” (GD, parejas de gestante, Loreto B).

“No para todos los niños, de acuerdo a una evaluación médica, el doctor haría la evaluación correspondiente, cada uno es diferente”.

“... debería haber más información” (GD, parejas de gestante, Ucayali C).

b) Desde la perspectiva de las gestantes y puérperas

Las dinámicas de discusión con las gestantes y puérperas fueron un tanto complicadas cuando los temas se refirieron a los genitales masculinos, el prepucio, su función, etc.; resultaron un tanto incómodas y tal vez esto se debió a que la dinámica grupal fue facilitada por un varón. Las que tendían a hablar más fueron las mujeres mayores y que referían haber tenido más de un hijo. Cuando se abordaron los temas de la salud de los infantes y niños, la dinámica se distendió y la participación fue más activa por parte de todas las informantes.

Sobre el prepucio y su función

Las referencias sobre el prepucio tienen su fuente en pasajes bíblicos que fueron rescatados a partir del comentario de una de las participantes en un grupo de Iquitos, quien recordó haber leído algo en libros bíblicos en relación a la circuncisión, entendida como un rito de purificación para el recién nacido. En este mismo grupo hubo referencias al prepucio como “capullo” y la asociación de remangar el prepucio cuando ya se tienen relaciones sexuales. En uno de los grupos de Pucallpa, hicieron mención a que los hombres le llaman “carapa”.

“Así hablan los hombres, le dicen ‘carapa’, a veces pasan hablando y he escuchado que le dicen ‘carapa’”.

“Porque lo tenían cerradito decían que era virgen, va a pelar cuando tiene relaciones sexuales” (GD, gestantes, Ucayali E).

Respecto a la función del prepucio, las informantes coincidieron que era protectora, para cubrirlo, evitar infecciones, “abrigarlo”. Interesante fue la mención de una de las informantes que indicó contrariamente, que si es que el prepucio no se remanga, se pueden producir infecciones.

“Para proteger a la piel del pene que no se puede infectar, sirve de protección. Si no se pela el capullito a medida que va creciendo, no se va estirando la pielcita, entonces puede tener una infección, yo tengo mis hijitos y ha pasado una infección, debe ser peladito para que no tenga una infección” (GD, gestantes, Loreto G).

En principio, la gran mayoría de las informantes no refirieron la importancia del prepucio para los varones. Para aquellas informantes que expresaron una opinión, ésta estuvo relacionada a su capacidad protectora, haciendo referencia a lo anteriormente mencionado en relación a su función. Una gestante mencionó que la importancia también radicaba en identificar si un varón era “virgen” en base a la capacidad que tenga de remangarlo.

“Su importancia es que ellos son vírgenes, pueden darse cuenta si es virgen o no, pueden darse si es pelado. Yo he visto niños que los han cortado cuando son chiquitos, porque no pueden orinar, es como un cañito”.

“Uno como mamá tiene que irle circuncidando para que no sufra cuando sea más grande”.

“Nosotros las mujeres no estamos tan pendientes de los hombres” (GD, gestantes, Ucayali E).

Para las gestantes, ver a un varón sin prepucio significa que el varón no es normal, que está expuesto a enfermedades por la falta de protección, que tal vez está carcomido, enfermo y que esta enfermedad puede ser peor que el VIH, podría ser chancro, que puede tener dificultades para tener relaciones sexuales. Algunas informantes mencionaron que no sabrían qué pensar porque todos los varones lo tienen, que les asustaría.

La importancia que el prepucio tiene para las mujeres está relacionada a la protección que le brindaría a la mujer saber que el glande del varón está protegido con el prepucio y entonces no tendría enfermedades y no se las transmitiría a la mujer durante las relaciones sexuales. Respecto a su injerencia en las relaciones sexuales, se mencionó que el prepucio no se siente, sin embargo, otra informante expresó dudas de cómo friccionaría el pene en ausencia del prepucio.

“...es su protección, cuando está protegido nos da seguridad” (GD, puérperas, Loreto B).

“...no (es importante), porque no está en nosotras”.

“No se le siente, habría que preguntarle al varón” (GD, gestantes, Ucayali E).

Según las informantes, el repliegue del prepucio para exponer el glande acontece cuando el varón tiene relaciones sexuales por primera vez y este debut sexual es similar al de la mujer cuando pierde la virginidad, que causa ardor. Se indicó también que deberían

estirar el prepucio de a pocos. Asimismo, se mencionaron muchos casos y experiencias que describían la dificultad que algunos niños tienen de poder orinar por estar “cerrados”; en un par de anécdotas mencionaron que en el establecimiento de salud le habían recomendado que le “corten”.

Funcionalidad del prepucio en la sexualidad

Respecto a la percepción que las gestantes tienen respecto a la funcionalidad del prepucio en la sexualidad, las informantes reportaron desconocer si es que existía alguna. Las que propusieron algunas ideas, indicaron que servía de protector de enfermedades como el herpes y como indicador del estado de salud del varón.

Respecto al sexo doloroso se describió como producto de que el prepucio no se puede replegar, y esto sucede durante el debut sexual; pero también está asociado a enfermedades.

“...capullito es cuando son vírgenes”.

“...vi un caso así, al chico le dolía, todavía era virgen, tenía 18 años” (GD, gestantes, Ucayali C).

“...su primera vez, cuando tiene su relación por primera vez, porque no está pelado su pellejito”.

Acerca de la circuncisión masculina

Muy poco hablaron las gestantes acerca de la circuncisión masculina, excepto referencias bíblicas como en el inicio de la discusión acerca del prepucio, y la relacionaron con la pureza ante Dios. Una participante compartió que su hijo había sido circuncidado pero que no se lo habían mencionado, pero que su esposo le dijo que no se preocupara, que este procedimiento era normal.

Después de una breve explicación sobre la circuncisión masculina se les pidió a las gestantes que den sus opiniones y expresen sus ventajas, las mismas que versaron alrededor de la higiene y la prevención del dolor que pudieran sentir los hombres al tener relaciones sexuales si no estuvieran circuncidados. Algunas gestantes mencionaron que no le harían la operación a su hijo y para evitarlo habría que ir remangándose de niño.

“...yo opino que está bien porque si tienen relaciones sexuales así (con prepucio), les va a doler” (GD, puérperas, Loreto B).

“...yo a mi hijito no le haría eso, debe ser bien doloroso”.

“... a los hombres les ayudaría mucho, para que no sufran tanto como las mujeres al tener relaciones, como cuando las mujeres éramos vírgenes”.

“Es importante para los varones, para que no sufran de dolores cuando tienen relaciones” (GD, gestantes, Ucayali C).

Las desventajas expresadas acerca de la circuncisión son los riesgos de la intervención quirúrgica y su potencial consecuencia de esterilidad.

Las edades sugeridas para la circuncisión fueron o a muy temprana edad, recién nacidos y niños para que puedan orinar sin problemas y para que no sufran cuando crezcan; o a partir de los 13 ó 14 años porque pronto empezarán a tener relaciones sexuales.

Circuncisión neonatal masculina

Las opiniones sobre la circuncisión neonatal se plantean desde dos posiciones, aquellos que mencionan que estarían de acuerdo, para evitar que más adelante sufran y que el procedimiento sea más traumático, porque de recién nacidos “la piel es más suave”, cicatrizaría más rápido y no se acuerdan, pero además porque todavía no tienen relaciones sexuales. Estas últimas opiniones estuvieron más respaldadas por las gestantes. Por otro lado, algunos varones tuvieron una posición más de cautela, que debería hacerse sólo en el caso que el médico lo recomendara o lo diagnostique como necesario, o que al niño lo necesite. En todo caso el procedimiento debería ser realizado con autorización de los padres.

Tabla 1.15 Opiniones acerca de la circuncisión neonatal masculina

	Ucayali	Loreto
Varones	<p>“Sería bueno para los muchachos que nacen así sin pelar”.</p> <p>“Claro que si lo hacen de recién nacido no se va a acordar, sería menos traumante, la cirugía no se va a notar, pero mi mujer no aceptaría una operación, es una criatura inocente” (GD, pareja de gestante, Ucayali E).</p> <p>“Pienso que debería ser bajo un diagnóstico médico, con consentimiento de sus padres, y si es necesario” (GD, parejas de gestante, Ucayali C).</p> <p>“Dependiendo, pero si a temprana edad no tiene es problema, tendría dudas. Si estuviera probado al 100% entonces tendría que ser así, entonces todo niño debe ser operado de eso” (Entrevista en profundidad, Ucayali E).</p>	<p>“Es menos doloroso”.</p> <p>“La piel de un niño es un poco más suave” (GD, pareja de puérpera, Loreto A).</p> <p>“...porque cicatrizan más rápido y para de adulto no sientan el dolor, si lo hacen de 5 años o más adelante sentirán más dolor, si lo hacen de pequeño, daría tiempo a que cicatricen a los 5 años”.</p> <p>“...sería mejor recién nacidos porque no tienen relaciones sexuales” (GD, parejas de puérperas, Loreto B).</p>
Gestantes/ puérperas	<p>“...sí porque ya no tendrías que manosearle tanto” (GD, gestantes, Ucayali E).</p> <p>“¿Es necesario que se haga a todos los varones?” (GD, gestantes, Ucayali C).</p>	<p>“...es mejor que sea de niño porque así no sufre más adelante” (GD, gestantes, Loreto G).</p> <p>“...que estaría bien para que esté protegido”</p> <p>“No sentiría mucho porque aún es pequeño” (GD, puérperas, Loreto B).</p>

Las ventajas percibidas acerca de la circuncisión neonatal masculina están asociadas a que la intervención evitaría las infecciones, permitiría al niño orinar con facilidad y podría tener relaciones sexuales más adelante, probablemente evitaría las relaciones sexuales dolorosas. Otras de las ventajas, que se han mencionado anteriormente, están asociadas a que el niño no recordaría la cirugía y cicatrizaría más rápidamente.

“...es mejor para que no sufra cuando sea adulto” (GD, gestantes, Loreto G).

“...yo esperaré que el doctor me diga, no sé si le harían recién nacido o esperar a que ellos mismos den sus propias ideas, me refiero a los médicos” (GD, gestantes, Ucayali E).

Son pocas las desventajas referidas por los informantes, sobre todo sopesadas con las ventajas expresadas líneas arriba, pero aquellas mencionadas hacen referencia a una potencial infección, la vulnerabilidad del niño, por ser muy pequeño y débil, el choque de la anestesia y el riesgo de un paro cardíaco durante la operación.

En su mayoría, los informantes, gestantes y sus parejas indicaron que las personas con las que consultarían en primer lugar serían con la pareja y con un personal de salud, el médico u obstetra. Algunos mencionaron que lo consultarían con otras personas, un varón mencionó que lo consultaría con su padre y otra gestante mencionó que lo consultaría con personas que hayan tenido la experiencia para saber de las ventajas y las desventajas, no tendría mucho sentido consultar con la pareja si la pareja no tiene información o no sabe al respecto.

Ante la explicación de la potencial protección que la circuncisión brindaría para la prevención de la infección por VIH, la discusión fue muy poca, tal vez por ser información completamente nueva. Algunos informantes reportaron que era la primera vez que escuchaban los beneficios de la circuncisión, otros mencionaron que el cuerpo tiene sus propios mecanismos de protección, algunos otros informantes indicaron que sería bueno hacerlo si protegería al niño de adquirir estas otras enfermedades y por último, algunos varones preguntaron que si también ellos podrían beneficiarse de la circuncisión.

Tabla 1.16 Opiniones acerca de la circuncisión neonatal masculina y la prevención de enfermedades incluida la infección por VIH

	Ucayali	Loreto
Varones	<p>“Eso si no lo sabíamos, pero si sería para prevenir VIH, pero no recién nacido, lo haría seguramente cuando tenga 5 años ó 2 años, ahora está muy pequeño”.</p> <p>“¿Y en nuestro caso, que somos adultos?”</p> <p>“...si previene del SIDA sí lo haría, pero no sé cómo” (GD, parejas de gestante Ucayali E).</p> <p>“Yo creo que es falso, porque si la persona está infectada, aunque estés sin piel, igual te contagias”.</p> <p>“Por debajo de la piel el prepucio es sensible y es fácil que se hagan lesiones, si sabemos que el contagio es por la sangre y líquidos seminales, entonces si nos va a permitir disminuir el contagio entonces que lo hagan” (GD, parejas de gestante, Ucayali C).</p>	<p>“...es decir ¿podría realizar relaciones sexuales sin usar preservativo?” (GD, parejas de puerpera, Loreto A).</p>
Gestantes/ puerperas	<p>“...si aceptaría que lo hagan de recién nacidos”.</p> <p>“...cuando está más al aire está más durito, en cambio cuando está tapado es más suavcito y más contagio puede haber” (GD, gestantes, Ucayali E).</p>	<p>“...la operación está protegiendo a la persona” (GD, puerperas, Loreto B).</p> <p>“...que le realizaría la operación al bebé, estando de acuerdo ambos padres del niño” (GD, gestantes, Loreto G).</p>

Aceptabilidad de la circuncisión neonatal masculina

La disposición de hacer la circuncisión neonatal masculina a su hijo fue bastante divergente, las mujeres, en su mayoría, mostraban una actitud positiva a favor de ella al conocer su potencial efecto en la reducción de la infección por VIH. Sin embargo, la opinión de los varones estuvo dividida entre un grupo que, al igual que las gestantes y puerperas, perciben el beneficio; y otro grupo que más bien indicaba que la infección por VIH dependía mucho de la educación y la información y que era mejor brindar información, o que la decisión de hacerse la circuncisión se la dejaría al hijo cuando tenga capacidad de decidir. En el caso de los varones, especialmente de Pucallpa, la demanda de información y la decisión con información fue reclamada como una necesidad.

Las condiciones mínimas para someter a sus hijos a un procedimiento de circuncisión neonatal incluyen un ambiente especial, mucha asepsia y la intervención por personal capacitado, un médico especialista, cirujano, en colaboración con la obstetra y la enfermera, es decir un equipo. Algunos informantes, varones y mujeres, indicaron que las obstetras deberían también estar preparadas y podrían realizar la intervención puesto que en algunos

establecimientos de salud no hay médicos y en el caso de la atención de los partos quienes tienen toda la responsabilidad son las obstetras “porque los médicos miran nomás”. Esta parte de la dinámica dio pie a muchos reclamos sobre las condiciones de los establecimientos de salud, que no tienen la infraestructura adecuada, que muchas intervenciones son realizadas por “practicantes”, lo que da pie a mucha negligencia.

Respecto a los cuantos días de nacido debería someterse a la intervención a los niños recién nacidos, las mujeres dejaban esto al criterio de los médicos y según su recomendación. En el caso de los hombres las opiniones estaban divididas, por un lado hay sensación de temor por ser tan pequeñitos y que puedan adquirir una infección, pero otro grupo indicaba que cuando más pronto mejor porque los recién nacidos “no sienten dolor”. Respecto a quién debería tomar la decisión de la circuncisión, nuevamente se refirió a que ésta debería ser de la pareja, el padre y la madre, en consulta con el médico.

Cuando se abordó el tema de si recomendaría la circuncisión neonatal a otros padres, las demandas nuevamente fueron por la información. Los informantes indicaron que esta información debería ser parte de las charlas a los padres cuando están en los establecimientos de salud. Sin embargo, indicaron que sí lo recomendarían en el caso de que fuera necesario, si es por el bien del niño, si sus casos pudieran servir de testimonio para compartir los beneficios y los riesgos de la intervención, pero al final de todo, las personas debían sacar su propia conclusión.

Tabla 1.17 Aceptabilidad de hacer la circuncisión neonatal a sus hijos varones

	Ucayali	Loreto
Varones	<p>“...dependiendo, no sé, dependería de que sea solicitado o necesario” (Entrevista en profundidad, pareja de gestante, Ucayali E).</p> <p>“No sé, estoy en duda. Bueno, si es que tiene algún problema sí, pero si no tuviera algún problema, no lo haría”.</p> <p>“...yo digo que sí, pero sería importante que vaya con información”.</p> <p>“Siempre se escucha que en la ciudad de Lima se dan charlas, pero acá no, los jóvenes salen y tienen relaciones sexuales, no conocen la información” (GD, parejas de gestante, Ucayali C).</p> <p>“No lo haría, que sea natural, no una operación”.</p> <p>“...como hemos leído (sic) si va a disminuir sustancialmente los casos de SIDA colaboraría con la operación para mi hijo, esta enfermedad infecciosa no tiene cura, por ejemplo en la ciudad de Iquitos y Pucallpa tienen el más alto porcentaje de infecciones en la población pobre y humilde, pero no de recién nacido porque me daría mucha pena” (GD, parejas de gestante, Ucayali E).</p>	<p>“Claro, sí, tiene menor riesgo de contagio de VIH”.</p> <p>“Yo creo que el contagio del VIH por el acto sexual es por falta de educación e información, no le haría la circuncisión, es mejor la información”.</p> <p>“...le daría la información a mi hijo para que él mismo pueda decidir luego” (GD, parejas de gestante, Loreto B).</p> <p>“...por lo que me estás explicando, sí”.</p> <p>“...sí lo haría con mi hijo” (GD, parejas de púérpera, Loreto A).</p>
Gestantes/púérperas	<p>“...viéndolo de ese modo sí lo haría”.</p> <p>“...en cuanto nace lo haría” (GD, gestantes, Ucayali C).</p> <p>“Yo tengo mi propia opinión, para hacerlo tendría que consultar con el médico, si él me dice que es necesario, lo haría” (GD, gestantes, Ucayali E).</p>	<p>“...yo sí, si disminuye el riesgo de tener VIH”.</p> <p>“...si es importante, entonces sí lo haría”</p> <p>“...es importante para él, yo sí lo haría” (GD, gestantes, Loreto G).</p> <p>“Yo lo vería riesgoso, a pesar de la protección. El niño es débil” (GD, púérperas, Loreto B).</p>

Una de las preocupaciones en un grupo de varones fue el impacto que la apariencia de un pene circuncidado puede tener frente a otros niños que no lo están, que al ser diferente podría ser objeto de burlas de los otros niños, y que por lo tanto debería haber apoyo psicológico a los niños circuncidados.

“...habrían niños que no son tan fuertes y no falta uno que sea más pícaro y se burle y le digan ‘te han cortado’, debería haber un psicólogo para que le explique, le pude crear un complejo, los niños también deberían asesorarse, si le van a hacer a los 10 años, se deben conversar con ellos, en los bebitos no porque no se van a recordar” (GD, parejas de gestante, Ucayali E).

¿Cómo debería ofrecerse el servicio y financiarse el procedimiento?

Si se instaurara un programa de circuncisión neonatal, este debería ser gratuito y/o incluido dentro del Seguro Integral de Salud (SIS) como parte del paquete de atención a la madre y el niño recién nacido, puesto que es una estrategia de prevención. Las personas que acuden a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud son personas que no tienen recursos y cuando se requieren medicinas e intervenciones hay que hablar con la asistente social para reducir el desembolso. Si el procedimiento tuviera que tener un precio, la propuesta de precios varió entre 5 y 50 nuevos soles, algunas personas soltaron otras ideas de precio como 300 y 500 nuevos soles, pero sólo en casos aislados. Sin embargo, cuando se les preguntó ¿cuánto estaría dispuesto usted a pagar? los varones mencionaron que entre 20 y 50 nuevos soles, sólo si fuera necesario como indicación del médico. Las mujeres mencionaron que pagarían lo más mínimo, pero se mencionaron cifras de 10, 20, 30 y 50 nuevos soles, puesto que además de esto hay que comprar las medicinas que se requieren para después de la operación. Una gestante mencionó que si el procedimiento tuviera un costo, su pareja dejaría que su hijo “pele” en el burdel.

“...los papás dicen que cuando sea grande nomás, se le romperá en los burdeles, allí va a debutar, le van a gustar y no van a tener que operarlo” (GD, gestantes, Ucayali C).

Necesidades de información y canales de comunicación

La guía de discusión contempló un conjunto de preguntas que indagaba sobre la información que debía ofrecerse a la comunidad acerca de los temas discutidos, la manera de presentarla y los canales a través de los cuales esta información debería ser distribuida para que tenga alcance en la comunidad. Las preguntas que indagaban este componente eran:

¿Cómo podríamos informar a otros padres sobre la circuncisión del recién nacido?

¿Qué tipo de información deberíamos brindar para que los padres hagan circuncidar a sus niños recién nacidos?

¿Dónde se deberían anunciar estos mensajes, a través de qué medios?

¿Qué tendrían que decir los mensajes para atraer a los padres a que hagan circuncidar a sus niños?

Los informantes de los grupos de discusión, independientemente del género, reportaron la necesidad de información y el vacío existente respecto a la circuncisión masculina en general, y particularmente a la circuncisión neonatal masculina y su relación con la prevención del VIH y otras enfermedades relacionadas a la salud sexual y reproductiva del varón. Indicaron que existe una gran necesidad de trabajar sobre los tabúes que existen alrededor de la circuncisión masculina. A este proceso lo denominan “sensibilizar”. Plantean la necesidad de diseñar estrategias de información a través de diferentes canales que

prioricen la interacción personal sobre los medios masivos de comunicación, que son mencionados como estrategias masivas de disseminación de información.

Los mensajes deben resaltar los diferentes problemas asociados a la falta de circuncisión, mediante la descripción de las diferentes enfermedades y ejemplos (problemas para orinar, debut sexual doloroso, higiene y cáncer de pene); y contrastar con los beneficios que la circuncisión a temprana edad conllevaría tanto para el niño como posteriormente al varón adulto, incluyendo aspectos como el debut sexual y la prevención de infecciones durante su vida sexual activa.

En uno de los grupos de varones de Pucallpa se mencionó que sería importante hacer referencia a cifras, estadísticas, contrastar las ventajas y los riesgos, indicar las edades en las que este procedimiento se puede llevar a cabo (desde la niñez temprana hasta la adultez). Algunos informantes se inspiraron e incluso propusieron diferentes temas de campaña:

“Protegiéndonos de las enfermedades, hacerse la circuncisión”.
“Evite que su niño adquiera el riesgo de transmitir las enfermedades de transmisión sexual con la circuncisión”.

Un aspecto interesante que ha sido mencionado recurrentemente es que estas estrategias deben ir acompañadas de testimonios, es decir, padres que hayan procedido a circuncidar a su hijo recién nacido y que puedan hablar de experiencias positivas.

Por otro lado, los informantes también mencionaron la necesidad que el personal de salud, en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, converse sobre la circuncisión neonatal masculina con los padres, que les informen y los eduquen respecto al tema. Este tipo de información debería ser proporcionada por el médico que es quien está más informado y debe discutirla con los padres.

Los canales de información para tener un alcance masivo incluyen los medios de comunicación; radio y televisión, a través de campañas de salud masivas, en el contexto de las campañas de vacunación que congregan a mucha gente.

¿Debe ser la circuncisión neonatal masculina una política de salud del Ministerio de Salud para la prevención del VIH en el país?

Esta fue la última pregunta formulada en la guía de los grupos de discusión y las respuestas fueron tajantes al respecto, tal vez por una diferente interpretación de lo que significa el término Política de Estado. Los informantes indicaban que la decisión sobre someter al procedimiento a los niños recién nacidos debe ser de los padres y no debe “ordenarse”, “no debe ser una obligación”. Los informantes indican que lo que el Ministerio de Salud debe hacer es sugerir el procedimiento el mismo que debe formar parte del paquete del programa de planificación familiar y paternidad responsable. Además, agregaron que la recomendación al respecto de la circuncisión neonatal debería ser integral, debería hacerse junto con la promoción del uso del condón y acompañada de campañas de información sobre prevención de VIH.

1.4 Conclusiones

Analizar la factibilidad de la implementación de un programa de circuncisión neonatal masculina para la prevención de la infección por VIH, cuyo impacto sobre la epidemia se verá dentro de 15 años, requiere entender la cosmovisión de la comunidad en la que la intervención se va a implementar. Debe considerar la construcción social de la masculinidad (Kalichman 2010), la conformación de la norma de la corporeidad del varón y de su pene, la dinámica de las relaciones de género (Maximo Brito et al. 2010; M. O. Brito et al. 2009; Peltzer et al. 2007), y la percepción de vulnerabilidad y riesgo frente al VIH (Farley 2009; Haas 2008; Rennie et al. 2007).

El uso de los enfoques cuantitativo y cualitativo para la recolección de información en esta investigación nos ha permitido comprender de manera integral lo que la población conoce, piensa, siente y está dispuesta a aceptar frente a una estrategia de prevención innovadora, basada en una práctica ancestral, pero que es poco conocida y usada en el contexto local.

Los resultados muestran que existe un buen conocimiento sobre la infección por VIH, sus formas de transmisión y no transmisión, y su prevención; pero el conocimiento de las nuevas tecnologías de prevención del VIH es casi inexistente, y esto incluye a la circuncisión masculina.

El conocimiento y la práctica de la circuncisión masculina, y en particular de la circuncisión neonatal masculina, es poco frecuente. La información acerca de sus beneficios respecto a la prevención de ITS y la adquisición de la infección por VIH, es nula entre las gestantes y sus familiares abordados en esta investigación. Este desconocimiento y falta de práctica es el resultado de la falta de programas de información y educación acerca del tema en el sistema educativo, y de la ausencia de servicios dentro del sistema del Ministerio de Salud que los proporcionen rutinariamente.

Cabe señalar que los encuestados e informantes no sólo revelaron un vacío de información respecto a la circuncisión masculina, la circuncisión neonatal masculina y a la relación de esta con la prevención del VIH y otras ITS, sino también desinformación acerca de la salud sexual y reproductiva del varón y la genitalidad masculina.

Un grupo de gestantes de Loreto reportó tener conocimiento de que la circuncisión masculina previene la adquisición del VIH. Esto podría deberse a que ACSA desarrolló campañas informativas acerca del tema durante los meses previos al inicio de esta investigación.

A pesar de sus carencias de conocimiento en los temas antes señalados, la mayoría de las gestantes entrevistadas expresaron una actitud positiva hacia la circuncisión neonatal, que se reforzó cuando se les informó que las investigaciones llevadas a cabo en África mostraron que la circuncisión masculina reducía el riesgo de VIH en hombres sexualmente activos. Esto llevó a un incremento del número de respuestas positivas a la repregunta de si aceptarían circuncidar al hijo que iban a tener en caso de que resultase varón.

En la percepción de las gestantes entrevistadas, las ventajas de la circuncisión neonatal masculina están asociadas a la prevención de enfermedades e infecciones de los genitales masculinos, a la higiene, a la posibilidad de poder orinar con facilidad y a evitar relaciones sexuales dolorosas. Otra ventaja mencionada fue la oportunidad, puesto que el niño no

recordaría la cirugía y la herida cicatrizaría más rápidamente. Estos hallazgos son similares a los descritos por otros autores que señalan las ventajas de circuncidar a los varones a una edad más temprana (UNAIDS 2010).

Por otro lado, las barreras encontradas para la realización del procedimiento incluyeron la percepción de que el bebé es vulnerable por ser pequeño y débil, el temor al dolor que podría sentir y a los efectos colaterales del acto quirúrgico (como el paro cardíaco a causa de la anestesia), percepciones producto de la ausencia de conocimiento sobre el tema.

Las gestantes indicaron que para realizar a sus hijos la circuncisión neonatal masculina preferirían llevarlos a los establecimientos del Ministerio de Salud, debido probablemente a que es el único sistema que tiene una red de servicios accesible y gratuita y a las condiciones económicas de las entrevistadas. Sin embargo, como clientes, exigieron condiciones mínimas para someter a sus hijos a un procedimiento de circuncisión neonatal: un ambiente especial con mucha asepsia y la intervención de un equipo de salud capacitado, conformado por un médico especialista, cirujano, en colaboración con la obstetra y la enfermera. Estos hallazgos son similares a los reportados por Castro y colaboradores (JG Castro et al. 2010a), quienes señalan que la aceptabilidad de la circuncisión neonatal masculina, por parte de los varones, está relacionada con el cuidado de la salud por profesionales, el conocimiento sobre el procedimiento y la higiene.

Los informantes indicaron que existe una gran necesidad de trabajar sobre los tabúes que existen alrededor de la circuncisión masculina; a este proceso lo denominaron “sensibilizar”. Plantearon la necesidad de diseñar estrategias de información a través de diferentes canales, que prioricen la interacción personal sobre los medios masivos de comunicación, a fin de contar con una estrategia masiva de diseminación de información. Un aspecto interesante que fue mencionado recurrentemente es que estas estrategias deben ir acompañadas de testimonios, es decir, padres que hayan procedido a circuncidar a su hijo recién nacido y que puedan hablar de experiencias positivas.

Asimismo, también señalaron la necesidad que el personal de salud, en los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, converse sobre la circuncisión neonatal con los padres, que les informen y los eduquen respecto al tema. Este tipo de información debería ser proporcionada por el médico que es quien está, según los entrevistados y entrevistadas, más informado y debe discutirla con los padres. Consideran que las fuentes de información más importantes para informarse sobre temas de salud son, en primer lugar, el establecimiento de salud -a través de las charlas-, seguido de la televisión y la radio.

Los resultados de la encuesta y los grupos de discusión indican que una de las mayores barreras es la carencia de información y educación sobre salud sexual y reproductiva desde los sistemas formales de educación, entiéndase colegios, como de otras instancias como el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer, etc., que ofrecen servicios públicos relacionados a la salud.

Existe la percepción de que hay una falta de políticas claras o visibles en cuanto a la prevención del VIH/SIDA por parte de la Estrategia Nacional de Control y Prevención de las ITS y el SIDA, en especial dirigidas a los sectores más pobres, que resultan los más vulnerables de la población.

Las creencias y rumores que han sido discutidos por los informantes de los grupos de discusión y los resultados de la encuesta CAACP deben ser revertidos por información y educación. Se puede percibir una actitud abierta y un vacío de conocimiento que demanda ser suplido. Las ideas pre-concebidas sobre las funciones del prepucio y las desventajas de la circuncisión deben tomarse en cuenta para la elaboración de temas a desarrollar en los procesos de educación y de información para la población, y en los currículos de entrenamiento y capacitación del personal de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud.

Otra barrera importante es el costo del procedimiento. Existe disposición a pagar por la intervención quirúrgica de CNM entre 50 y 290 nuevos soles. La disposición a efectuar la circuncisión de los hijos se incrementa cuando se sugiere que el procedimiento podría ser gratuito o dentro del sistema del Seguro Integral de Salud (SIS).

Otra de las barreras que se han mencionado con frecuencia es la falta de oferta. Los profesionales de los establecimientos de salud no proporcionan la información, pero además no ofrecen el servicio. Una intervención como la que se propone debe considerar un componente de capacitación y entrenamiento del personal de salud que pueda facilitar información respecto a la sexualidad, los genitales masculinos y la circuncisión a las gestantes desde el primer contacto con el establecimiento de salud, y una logística adecuada para atender la demanda que genere una campaña de información.

Los facilitadores están asociados al principio de que todo padre desea lo mejor para sus hijos, protegerlos y reducir su sufrimiento y en este sentido se percibe una disposición al cambio basado en evidencias concretas. Nuevamente, un elemento facilitador es la información acertada y precisa.

La mejor manera de abordar estos temas es a través de la comunicación interpersonal, debido a los aspectos que ella implica, relacionados a la intimidad, la salud y la sexualidad. En los grupos de discusión los varones evidenciaron apertura a ser informados por sus parejas acerca de aspectos de salud del niño. El periodo entre la primera visita para el control pre-natal y el momento del parto, da tiempo para diseñar estrategias que permitan involucrar al varón en la decisión.

Los beneficios de la circuncisión neonatal masculina no sólo deben estar asociados a la prevención de la infección por VIH sino también a la prevención de otras enfermedades más inmediatas relacionadas a la vida del niño, que son de preocupación de las madres. Estas se relacionan con la higiene, las infecciones urinarias y la dificultad que tienen los niños para orinar, que se atribuyen a la incapacidad de remangar el prepucio en los infantes y niños. Un tema que requiere mucho más exploración es el de las relaciones sexuales dolorosas, mencionado con mucha frecuencia durante esta investigación, y que se asume como un pasaje forzado de la niñez a la adultez y del inicio de la vida sexual activa. Muchas de las gestantes vieron en la circuncisión un potencial beneficio para evitar este proceso traumático que parece acontecer durante el debut sexual de los varones.

PARTE 2: DE LA CAPACIDAD DEL SISTEMA DE SALUD DE PROPORCIONAR SERVICIOS DE CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA

La circuncisión neonatal masculina (CNM) es una práctica quirúrgica factible de realizar en establecimientos de salud de primer nivel de atención: requiere de una infraestructura de baja complejidad que no difiere de la utilizada en la atención de un parto, el tiempo de curación es menor de una semana y si se lleva a cabo en condiciones óptimas por profesionales médicos, tiene bajas tasas de complicaciones y eventos adversos.

Por ello, la OMS/ONUSIDA ha recomendado que los países dispongan de personal capacitado, infraestructura y recursos económicos suficientes que garanticen la calidad y seguridad para la implantación de un Programa de Circuncisión Neonatal Masculina (WHO/UNAIDS. 2007a).

Para desarrollar este componente se adaptó un instrumento desarrollado por la OMS, al cual adicionalmente se le incluyeron otras variables capaces de generar indicadores relacionados a la calidad en el proceso de la atención. Su aplicación en los establecimientos de salud de las regiones estudiadas ha permitido obtener información relevante sobre su capacidad en términos de recursos humanos y materiales para proporcionar servicios de CNM, así como la accesibilidad con la que los pacientes cuentan, sean asegurados o no, a sus servicios. Permite identificar las brechas existentes para la implementación de un programa de CNM como una estrategia integrada para la prevención del VIH.

2.1 Descripción del estudio y análisis

2.1.1 Población

La Red de Servicios de Salud del Ministerio de Salud tiene 3 Direcciones de Salud y 31 Direcciones Regionales de Salud que están bajo la dependencia administrativa y presupuestal de los gobiernos regionales:

- La Dirección Regional de Salud de Loreto cuenta con:
 - 3 hospitales.
 - 52 centros de salud.
 - 299 puestos de salud.
- La Dirección Regional de Salud de Ucayali cuenta con:
 - 2 hospitales.
 - 15 centros de salud.
 - 182 puestos de salud.

2.1.2 Muestra

Un total de 20 establecimientos de salud de las regiones de Loreto y Ucayali tanto de zona rural y urbana, participaron de la investigación. En la Región Loreto fueron evaluados tres hospitales y diez centros de salud, y en Ucayali se evaluaron dos hospitales y cinco centros de salud (Tabla 2.1). En conjunto, los establecimientos participantes cubren el 86% y 82% de los partos en cada región, respectivamente. Cabe precisar que los centros de salud seleccionados son a su vez cabeceras de micro red.

La selección de los establecimientos se basó en los siguientes criterios:

- Número de casos atendidos: que atiendan un mínimo 25 partos al mes.
- Que en conjunto concentren por lo menos el 80% de partos de la región.
- Accesibilidad: localizados a una distancia menor o igual a un día en lancha, 3 horas en deslizador y/o 3 horas en auto desde la capital de la región.

La información de los establecimientos de salud seleccionados se colectó mediante entrevistas al personal de salud, excepto en dos establecimientos de la región Loreto (Loreto 11 y 13) que por su ubicación remota, se optó por hacer una encuesta telefónica. La lista de establecimientos contactados se encuentra en la tabla 2.1.

2.1.3 Instrumentos de recolección de datos

Se adaptaron dos propuestas desarrolladas por la OMS (WHO 2009a; b) que sirvieron para recoger datos sobre infraestructura y recursos humanos en cada establecimiento de salud y para evaluar la capacidad de llevar a cabo intervenciones de CNM (Anexo 2.1). Antes de su aplicación estos instrumentos fueron validados en tres establecimientos de salud con seis profesionales de la salud de las regiones de Loreto y Ucayali, quienes no formaron parte de la selección considerada para la evaluación.

2.1.4 Análisis de datos

La base de datos fue desarrollada en el software Epi Info 3.5.3 (Centers for Diseases Control and Prevention, Atlanta, 2011) y el análisis estadístico fue llevado a cabo en el software STATA 11.1 (Stata Corporation, Texas, 2010).

Adicionalmente, con la finalidad de identificar las brechas entre lo existente y lo necesario para realizar la CNM se definieron los criterios mínimos en infraestructura, equipamiento y recursos humanos que se requieren para ofrecer un servicio de CNM (Anexo 2.2).

2.2 Evaluación de los establecimientos de salud de la Región Loreto

2.2.1 Datos de la demanda

Según la metodología planteada para esta evaluación, se consideró una muestra de establecimientos que cubren el 86% de los partos de la región Loreto. La información obtenida fue proporcionada por los responsables de los establecimientos de salud seleccionados.

La atención de la población se concentra en los hospitales y centros de salud de la zona urbana (64%), alcanzando hasta 420 atenciones diarias en el establecimiento Loreto 1 y 370 atenciones diarias en Loreto 5. A su vez, las atenciones de control prenatal se concentran en los centros de salud que son cabeceras de micro red en la ciudad de Iquitos y los centros de salud ubicados en las capitales de provincia tales como los centros de salud de Loreto 11 y 12; la hospitalización de gestantes se registra principalmente en los hospitales (Tabla 2.1).

Tabla 2.1 Establecimientos de salud evaluados y demanda estimada durante el 2011 por regiones

Establecimientos de salud					Población atendida por día		Gestantes atendidas por día			
							Control pre-natal		Hospitalización	
Nombre	Provincia	Ciudad	Distrito	Zona	n	%	n	%	n	%
Región Loreto										
Loreto 1	Maynas	Iquitos	Punchana	Urbana	420	15,3	25	7,4	15	29,4
Loreto 2	Maynas	Iquitos	Punchana	Urbana	263	9,5	35	10,3	1	2
Loreto 3	Maynas	Iquitos	Iquitos	Urbana	170	6,2	30	8,8	0	0
Loreto 4	Maynas	Iquitos	San Juan	Urbana	320	11,6	20	5,9	6	11,8
Loreto 5	Maynas	Iquitos	Belén	Urbana	370	13,4	15	4,4	16	31,4
Loreto 6	Maynas	Mazán	Mazán	Rural	140	5,1	30	8,8	0	0
Loreto 7	Maynas	Tamshiyacu	Fernando Lores	Rural	60	2,2	17	5	0	0
Loreto 8	Alto Amazonas	Yurimaguas	Yurimaguas	Urbana	230	8,4	13	3,8	7	13,7
Loreto 9	Loreto	Nauta	Nauta	Rural	200	7,3	25	7,4	1	1,9
Loreto 10	Requena	Requena	Requena	Rural	150	5,4	30	8,8	2	3,9
Loreto 11	Ramón Castilla	Caballococha	Caballococha	Rural	80	2,9	35	10,3	2	3,9
Loreto 12	Ucayali	Juancito	Juancito	Rural	80	2,9	30	8,8	0	0
Loreto 13	Ucayali	Contamana	Contamana	Rural	270	9,8	35	10,3	1	2
Total					2753	100	340	100	51	100
Región Ucayali										
Ucayali 1	Coronel Portillo	Pucallpa	Callería	Urbana	500	39	22	22,7	15	41,7
Ucayali 2	Coronel Portillo	Pucallpa	Yarinacocha	Urbana	300	23	15	15,5	8	22,2
Ucayali 3	Coronel Portillo	Pucallpa	Callería	Urbana	100	8	18	18,6	1	2,8
Ucayali 4	Coronel Portillo	Pucallpa	Callería	Urbana	90	7	5	5,2	2	5,6
Ucayali 5	Coronel Portillo	Pucallpa	Manantay	Urbana	150	12	20	20,6	2	5,6
Ucayali 6	Padre Abad	San Alejandro	Irasola	Rural	100	8	10	10,3	5	13,9
Ucayali 7	Padre Abad	Monte Alegre	Irasola	Rural	39	3	7	7,2	3	8,3
Total					1279	100	97	100	37	100

2.2.2 Establecimientos de salud que cuentan con servicios básicos

Este componente ha evaluado la disponibilidad de los servicios básicos de electricidad y agua, así como los servicios disponibles para cirugías: quirófanos o ambientes para cirugía menor o ambulatoria, disponibilidad de equipos de esterilización (autoclave u otro) y suministros para la prevención de infecciones dentro de los establecimientos, (cloro, guantes, eliminación de residuos).

A excepción de un establecimiento de salud, todos cuentan con suministro de energía eléctrica confiable (servicio seguro, de garantía y conectado a la red pública y/o disponibilidad de un grupo electrógeno). Sólo el establecimiento Loreto 6 tiene un generador eléctrico en malas condiciones. En cuanto a disponibilidad de agua adecuada (permanente y segura), 8 de los 13 establecimientos cuentan con servicio provisto por la red pública. No cuentan con este servicio los establecimientos Loreto 1, 2, 11, 12 y 13, que se proveen de agua mediante un pozo conectado a un tanque.

Once establecimientos cuentan con un servicio básico de cirugía que responde a las necesidades del establecimiento. Los establecimientos que no cuentan con éste son Loreto 7 y 12. El 54% de los establecimientos (7 de 13, entre ellos los 3 hospitales y centros de salud en capitales de provincias) cuentan con sala de operaciones. Un porcentaje semejante de establecimientos cuentan con un tópico de cirugía menor para realizar procedimientos que solo requieren anestesia local.

Los mismos establecimientos Loreto 7 y 12 no cuentan con equipos de esterilización, sin embargo, los 13 establecimientos evaluados reportaron tener disponibilidad de cloro y guantes quirúrgicos y 9 cuentan con sistema de eliminación de residuos. Los establecimientos que no cuentan con este último servicio son los establecimientos Loreto 2, 4 y 12.

2.2.3 Capacidad para realizar procedimientos quirúrgicos

Para determinar la factibilidad de la implementación de un programa de CNM se evaluó la capacidad de los establecimientos para realizar procedimientos quirúrgicos en los últimos 12 meses, así como otros servicios relacionados con la prevención del VIH.

En los 12 meses previos a la evaluación, los establecimientos Loreto 3 y 4 tuvieron una mayor cantidad de procedimientos de cirugía menor tales como suturas, anestesia local y hemostasia, entre otros. Incluso en una frecuencia absoluta mayor a la de la reportada por los centros hospitalarios. Esto se explicaría por el hecho de que estos dos establecimientos tienen una población asignada mayor que los otros centros de salud de su mismo nivel o menores; así mismo, porque muchos de los procedimientos no requieren ser referenciados a centros de mayor complejidad. Asimismo, aunque no ha sido objeto de la presente investigación, en los hospitales podría encontrarse algún tipo de sub-registro importante, debido a que los procedimientos se realizan en diversos tópicos y consultorios (Tabla 2.2).

A excepción de los establecimientos Loreto 1 y 2, en ningún otro establecimiento de salud en la Región Loreto se reportó la realización de circuncisión masculina en adultos (Tabla 2.4).

Todos los establecimientos evaluados reportaron ofrecer servicios de planificación familiar, tratamiento para ITS, consejería y pruebas para VIH y distribución gratuita de condones. Siete establecimientos son especializados en ITS (Loreto 1, 5, 8, 9, 10, 11 y 13). El establecimiento Loreto 4 funciona como el Centro de Referencia de ITS (CERITS).

2.2.4 Recursos humanos

Todos los centros de salud evaluados cuentan con por lo menos un médico general, un obstetra, una enfermera y además técnicos de enfermería, quienes tienen diferentes modalidades de contratos (nombrados y contratados). Sólo los tres establecimientos evaluados cuentan con médicos especialistas en pediatría. (Tabla 2.2)

Vale la pena remarcar que el ámbito de los entrevistados no solo se circunscribió a los profesionales nombrados, sino a otros con diversas modalidades contractuales como contrato administrativo de servicios y terceros.

Experiencia de los profesionales para realizar la circuncisión neonatal masculina

Para la entrevista a los profesionales se seleccionó a aquellos del área y que contaban con disponibilidad de brindar información.

De los profesionales médicos entrevistados poco más de la mitad (12 de 21) reportó haber realizado alguna vez y/o participado en una cirugía de CNM. Tres médicos del HAI indicaron haber actuado como primeros cirujanos en el acto quirúrgico; cuatro médicos informaron haber participado como asistentes en el procedimiento; otros tres –de los hospitales– reportaron haber intervenido como cirujanos; y dos profesionales, de los establecimientos Loreto 4 y 9, manifestaron haber participado en condición de médicos generales.

Si bien en algunos hospitales se han reportado hasta 52 intervenciones de CNM en total, como es el caso del HRL, estas fueron realizadas hace varios años. En ninguno de los establecimientos evaluados se reportó la realización de alguna CNM en los 12 meses previos. Las únicas dos circuncisiones reportadas fueron realizadas en una clínica particular.

Profesionales no médicos y su experiencia en circuncisión neonatal masculina

De los 39 profesionales de la salud no médicos entrevistados para el presente estudio, el 13% (5 de 39, tres enfermeras y dos obstetras) informaron haber participado alguna vez en un procedimiento de CNM. Las obstetras y enfermeras asistieron durante el procedimiento y participaron en la preparación y el cuidado del infante en la fase pre y post operatoria. Este personal está adscrito al HRL, HAI y al C.S. San Juan.

Capacitación de los profesionales médicos y no médicos en CNM

Sólo cinco de los 21 médicos entrevistados manifestaron haber recibido capacitación en el procedimiento. Las 19 obstetras y 20 enfermeras entrevistadas no habían sido capacitadas en el procedimiento de CNM. Todos ellos indicaron que para realizar una CNM requerirían entrenamiento complementario. Este entrenamiento podría ser ofrecido mediante conferencias y lecturas o entrenamiento en la práctica clínica. De los profesionales de salud no médicos entrevistados, ningún enfermero u obstetra ha recibido capacitación en CNM.

Tabla 2.2 Procedimientos quirúrgicos realizados en los últimos 12 meses y personal de salud que labora en los establecimientos de salud por establecimientos

Establecimientos de salud	Procedimientos quirúrgicos últimos 12 meses				Personal de salud que labora en el establecimiento de salud				
	Cesárea	Cirugía menor	Vasectomía o ligadura de trompas	CM no neonatal	Médico general	Pediatras	Obstetras	Enfermeras	Técnicas de enfermería
Región Loreto									
Loreto 1	945	900		14	12	5	30	61	122
Loreto 2	0	60		0	6	0	6	4	24
Loreto 3	0	1500		0	5	0	6	4	15
Loreto 4	0	1800		0	3	0	9	7	28
Loreto 5	1000	800		50	24	2	32	28	54
Loreto 6	0	48		0	2	0	3	3	11
Loreto 7	0	60		0	1	0	1	1	13
Loreto 8	40	700		0	15	2	19	20	60
Loreto 9	0	24		0	3	0	4	4	18
Loreto 10	0	30		0	3	0	4	4	45
Loreto 11	22	80		0	1	0	4	1	17
Loreto 12	0	180		0	1	0	2	2	7
Loreto 13	0	0		0	3	0	3	3	35
Región Ucayali									
Ucayali 1	921	825	182	10	20		23	54	76
Ucayali 2	550	391	167	0	26		29	62	82
Ucayali 3	0	8	0	0	5		6	6	15
Ucayali 4	0	150	0	0	5		6	5	30
Ucayali 5	0	3	0	0	4		5	5	12
Ucayali 6	0	10	0	0	2		2	2	15
Ucayali 7	0	0	0	0	3		3	5	7

La brecha de las necesidades de entrenamiento en CNM a profesionales de la salud sólo fue estimada en los profesionales entrevistados, ascendió a: 21 médicos, 19 obstetras y 20 enfermeros. La determinación de la necesidad de capacitación en los establecimientos no incluidos en nuestra evaluación requiere una ulterior investigación, una vez que se inicie el proceso de implementación del programa. Sin embargo, hay que indicar que el número de establecimientos incluidos en nuestro estudio representa más del 80%⁵ de los partos institucionales y más del 90% de los partos atendidos por un profesional médico.

2.2.5 Evaluación de la calidad para ofrecer CNM y determinación de las brechas existentes

La evaluación de la calidad de la oferta de servicios de CNM utiliza un instrumento que se aplica a establecimientos que ya ofrecen el servicio. Tiene como propósito guiar el diseño de una prestación apropiada y mejorar el servicio actual. También se utiliza para medir el progreso hasta cumplir los estándares. En los establecimientos de salud de Loreto no ha sido posible aplicar de manera completa el instrumento para evaluar la calidad del servicio para ofrecer CNM, porque éste no está implementado y el procedimiento no se realiza rutinariamente. Sólo se aplicaron algunos ítems que exploran aspectos generales del servicio o del personal, pero que no evalúan específicamente el servicio de CNM.

Estándar 1: Efectividad del sistema para supervisar la provisión del servicio de CNM

Este estándar está compuesto por cuatro componentes: 1) criterios relacionados a las políticas de derechos de salud; 2) los roles y responsabilidades del personal; 3) la organización de los servicios; y, 4) la existencia de un sistema de mejora continua de la calidad. El valor de la mediana para este estándar encontrado para la Región Loreto es 54%, registrándose un valor mínimo de 10,7% y un máximo de 85,7%. Por lo tanto, la brecha estimada para los diferentes establecimientos estudiados estaría comprendida entre 89,3% (Loreto 4) y 14,3% (Loreto 9). El criterio que tiene los valores más bajos en este estándar *Los roles y responsabilidades del personal estén claramente establecidos*: 4 de los 13 establecimientos evaluados tienen 0% (Tabla 2.3 arriba).

Tabla 2.3 Efectividad del sistema para supervisar la provisión de la CNM

Establecimiento de salud	Estándar 1: Un manejo efectivo del sistema es establecido para supervisar la provisión de circuncisión neonatal	Criterio 1.1. Las políticas de derechos de salud están disponibles y son conocidas.	Criterio 1.2. Los roles y responsabilidades del personal están claramente establecidos	Criterio 1.3. Los servicios son proporcionados de una manera eficiente y organizada.	Criterio 1.4. El establecimiento cuenta con un sistema para mejorar continuamente la calidad y seguridad del servicio
	%	%	%	%	%
Loreto 1	75.0	83.3	50.0	66.7	100.0
Loreto 2	82.1	100.0	87.5	66.7	75.0
Loreto 3	64.3	66.7	62.5	50.0	75.0
Loreto 4	10.7	16.7	0.0	16.7	12.5
Loreto 5	71.4	100.0	62.5	83.3	50.0
Loreto 6	67.9	100.0	62.5	66.7	50.0
Loreto 7	42.4	83.3	0.0	83.3	25.0
Loreto 8	39.3	33.3	37.5	33.3	50.0
Loreto 9	85.7	100.0	62.5	83.3	100.0
Loreto 10	53.6	83.3	0.0	66.7	75.0
Loreto 11	39.3	50.0	25.0	33.3	50.0
Loreto 12	17.9	33.3	0.0	33.3	12.5
Loreto 13	71.4	66.7	50.0	83.3	87.5

⁵ Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva - DIRESA Loreto.

Estándar 2. El establecimiento cuenta con las medicinas, suministros, equipamiento y ambientes para ofrecer servicios de CNM seguro

Este componente ha evaluado la disponibilidad de medicinas esenciales para proporcionar el servicio de CNM, los suministros, equipamiento y ambientes. El valor de la mediana para este estándar fue de 59%, con un valor mínimo de 30,3% y un máximo de 80,3%. La brecha estimada para los diferentes establecimientos estaría entre 69,7% (Loreto 13) y 19,7% (Loreto 9). El criterio que tiene los valores más altos es el referido a que los *Medicamentos esenciales requeridos para ofrecer servicios de CNM estén disponibles*. Por otro lado, los valores más bajos son registrados en el criterio referido a la *Suministros y medicamentos para prevención de infecciones están rápidamente disponibles*, su mediana es 42% (Tabla 2.4).

Tabla 2.4 Medicamentos, suministros, equipamiento y ambientes disponibles

Establecimiento de salud	Standard 2. Medicinas, suministros, equipamiento y ambientes para CNM segura	Criterio 2.1. Medicinas esenciales para CNM	Criterio 2.2. Suministros y equipamiento para cirugías	Criterio 2.3. Equipamiento, suministros y medicamentos para emergencias	Criterio 2.4. Suministros y equipamiento para prevenir infecciones	Criterio 2.5. Ambiente adecuado
	%	%	%	%	%	%
Loreto 1	66.7	100.0	40.0	66.7	83.3	76.9
Loreto 2	45.5	75.0	50.0	50.0	33.3	34.6
Loreto 3	34.8	75.0	30.0	50.0	41.7	11.5
Loreto 4	77.3	100.0	70.0	100.0	100.0	53.8
Loreto 5	75.8	100.0	40.0	67.0	33.3	77.0
Loreto 6	43.9	75.0	50.0	83.3	41.7	19.2
Loreto 7	59.1	75.0	30.0	50.0	83.3	53.8
Loreto 8	69.9	100.0	80.0	66.7	41.0	65.4
Loreto 9	80.3	83.3	90.0	66.7	83.3	76.9
Loreto 10	71.2	100.0	80.0	66.7	66.7	57.7
Loreto 11	33.3	58.3	20.0	16.7	41.7	26.9
Loreto 12	47.0	58.3	60.0	33.3	50.0	38.5
Loreto 13	30.3	50.0	10.0	16.7	41.7	26.9

Teniendo en cuenta que el procedimiento de CNM no se realiza en ninguno de los establecimientos como programa, los estándares 3 (Proveedores competentes y calificados para realizar CNM) y 4 (Los padres reciben información y educación para prevención del VIH y CNM) no han sido aplicables, siendo la brecha de 100%.

2.2.6 Conclusiones

Debido a que la mayor cantidad de partos en la Región Loreto se atienden en las zonas urbanas y las capitales de provincia, los servicios de CNM deberían ofrecerse en los establecimientos correspondientes a las mismas. Sin embargo, habría que atender las brechas de dos de los establecimientos que aún carecen de las condiciones para procedimientos de cirugía menor y un establecimiento que no cuenta con suministro de energía eléctrica.

Una de las ventajas de las condiciones actuales es que todos los establecimientos evaluados cuentan con por lo menos un médico general, un obstetra, una enfermera y algunos técnicos, que constituirían el equipo mínimo necesario para la realización de los procedimientos quirúrgicos. No obstante, todo este personal requeriría de entrenamiento específico en CNM, a pesar de que algunos han reportado experiencia en la misma.

Todos los establecimientos de salud evaluados ofrecen servicios de salud reproductiva, y atención integral de prevención en ITS/VIH/SIDA, que incluyen consejería de reducción de riesgo, diagnóstico y tratamiento de ITS y provisión de condones.

Para la implementación de un programa rutinario de CNM se requeriría diseñar sistemas de abastecimiento de dispositivos (Gomco, etc.) e insumos descartables (equipo de cirugía menor, jeringas, ropa de cirugía, xilocaína, etc.).

Finalmente, sería necesario el desarrollo de protocolos para la realización de CNM y de estrategias integrales de promoción del procedimiento que incluyan todos los estándares internacionales recomendados.

2.3 Evaluación de los establecimientos de salud de la Región Ucayali

2.3.1 Datos de la demanda

Los establecimientos de salud muestreados para esta evaluación cubren el 82% de los partos de la región Ucayali. Los hospitales y centros de salud ubicados en la zona urbana concentran la mayor demanda de atenciones en los establecimientos de la Región Ucayali estudiados, llegando hasta 500 atenciones diarias en el establecimiento Ucayali 1 y 300 en el 2 (Tabla 2.1). Con respecto a las atenciones de control pre natal existe un margen de 2.1% de diferencia entre el establecimiento Ucayali 1 y el 5, este último concentra el 41.7% de hospitalización en gestantes.

La información obtenida para esta evaluación fue proporcionada por los responsables de los establecimientos de salud evaluados.

2.3.2 Establecimientos de salud que cuentan con servicios básicos

Sólo un establecimiento de salud de los evaluados no cuenta con suministro eléctrico proveniente de la red pública, el Ucayali 5, y dos más no cuentan con suministro de agua, los establecimientos Ucayali 3 y 7.

Todos los establecimientos cuentan con servicio básico de cirugía; los dos hospitales tienen quirófano y todos los centros de salud tienen un ambiente de cirugía menor. Todos los establecimientos cuentan con equipo de esterilización, ya sea autoclave u otros sistemas, tales como la esterilización química con formaldehído, esterilización por calor (horno y estufa), entre otras.

En lo que respecta a los suministros adecuados para la prevención de infecciones dentro del establecimiento, todos reportaron contar con cloro y guantes quirúrgicos descartables. Sin embargo, sólo el establecimiento Ucayali 6 cuenta con un sistema de eliminación de residuos, pero el resto de establecimientos utiliza otros medios.

2.3.3 Capacidad para realizar procedimientos quirúrgicos

El establecimiento Ucayali 1 es el único establecimiento donde se realizan procedimientos de circuncisión masculina, se han registrado 10 intervenciones en niños no neonatos (Tabla

2.2). Otros procedimientos quirúrgicos incluyeron cesárea, vasectomía y ligadura de trompas en el año 2011.

Todos los establecimientos ofrecen servicio de planificación familiar y atención de ITS, pruebas y consejería de VIH, y entregan condones gratuitamente. Dos de los establecimientos son centros de atención especializados en ITS y/o unidades de atención médica periódica. Los establecimientos Ucayali 1 y 2 son considerados como CERITS o UAMP.

2.3.4 Recursos humanos

Todos los establecimientos de salud de la Región Ucayali que fueron evaluados cuentan con por lo menos un médico general. Los médicos trabajan con diferentes modalidades de contrato (nombrados y contratados). Sólo existen especialistas pediatras y cirujanos en los establecimientos 1 y 2. Asimismo, todos los establecimientos tienen por lo menos un obstetra o enfermera (Tabla 2.2).

Experiencia de los profesionales para realizar CNM

Al igual que en Loreto, para la entrevista a los profesionales se seleccionó a los profesionales del área y que contaban con disponibilidad de brindar información.

Cinco de los 21 médicos entrevistados reportaron haber asistido ó realizado una CNM; dos de ellos realizaron la intervención quirúrgica y tres reportaron haber asistido en el procedimiento. El establecimiento Ucayali 1 cuenta con dos cirujanos pediatras, uno de los dos cirujanos entrevistados reportó haber realizado más de 300 CNM en su vida profesional y 7 circuncisiones en los últimos 12 meses.

Profesionales no médicos y su experiencia en circuncisión neonatal masculina

De 32 profesionales no médicos entrevistados, sólo una enfermera reportó haber participado en una CNM: preparó y cuidó el pre y post operatorio del infante y asistió durante el procedimiento.

Capacitación de los profesionales médicos en circuncisión neonatal masculina

Sólo tres de los 21 médicos entrevistados reportaron haber recibido capacitación para realizar la CNM. Estas capacitaciones fueron recibidas en el pasado, por lo que consideran necesario recibir capacitación actualizada en el tema. Todos aquéllos médicos que reportaron haber participado ó asistido a una CNM consideran importante recibir un entrenamiento teórico y práctico. A su vez, todos los profesionales no médicos no han recibido capacitación ni entrenamiento en CNM; la única enfermera que participó asistiendo en una CNM considera necesario el entrenamiento práctico y teórico. Así, la brecha de las necesidades de entrenamiento en circuncisión neonatal masculina a profesionales de la salud fue estimada para los profesionales entrevistados en: 21 médicos, 17 obstetras y 15 enfermeros.

El entrenamiento para el personal no entrevistado será de acuerdo a la necesidad del programa y disponibilidad del personal, por lo que este personal no ha sido considerado para esta medición.

2.3.5 Evaluación de la calidad para ofrecer CNM y determinación de brechas existentes

En la evaluación de la capacidad para ofrecer CNM en la Región Ucayali se han tenido las mismas consideraciones que para la Región Loreto, dado que no es un procedimiento que se realiza rutinariamente o a través de un programa en los establecimientos de salud.

Estándar 1: Efectividad del sistema para supervisar la provisión del servicio de CNM

Este estándar presenta una mediana de 42.9%, un valor mínimo de 25% y un máximo de 57.1%, por lo que la brecha estimada para los diferentes establecimientos estudiados estaría comprendida entre 75% (Establecimientos Ucayali 3 y 7) y 42,9% (establecimientos Ucayali 2 y 5).

Al analizar los criterios se puede observar que Ucayali 5 es el único que alcanza el 100% en uno de los criterios del estándar 1, referido a la disponibilidad y conocimiento de las políticas de derechos de salud (Tabla 2.5).

Tabla 2.5 Efectividad del sistema para supervisar la provisión de la CNM

Establecimiento de salud	Estándar 1: Un manejo efectivo del sistema es establecido para supervisar la provisión de circuncisión neonatal	Criterio 1.1. Las políticas de derechos de salud están disponibles y son conocidas	Criterio 1.2. Los roles y responsabilidades del personal están claramente establecidos	Criterio 1.3. Los servicios son proporcionados de una manera eficiente y organizada	Criterio 1.4. El establecimiento cuenta con un sistema para mejorar continuamente la calidad y seguridad del servicio
	%	%	%	%	%
Ucayali 1	42.9	50.0	50.0	66.7	12.5
Ucayali 2	57.1	50.0	50.0	66.7	62.5
Ucayali 3	25.0	0.0	37.5	16.7	37.5
Ucayali 4	42.9	50.0	0.0	83.3	50.0
Ucayali 5	57.1	100.0	75.0	50.0	12.5
Ucayali 6	42.9	50.0	62.5	33.3	25.0
Ucayali 7	25.0	50.0	25.0	33.3	0.0

Estándar 2. El establecimiento cuenta con las medicinas, suministros equipamiento y ambientes para ofrecer servicios de CNM seguro

El estándar 2 en los establecimientos de salud evaluados tiene una mediana de 64%, un valor mínimo 30.3% y un máximo de 69.7%, por lo que la brecha estimada para los diferentes establecimientos estudiados estaría comprendida entre el 69.7% del establecimiento Ucayali 7 y el 30.3% del Ucayali 2 (Tabla 2.6).

Tabla 2.6 Medicamentos, suministros, equipamiento y ambientes disponibles

Establecimiento de salud	Standard 2. Medicinas, suministros, equipamiento y ambientes para CNM segura	Criterio 2.1. Medicinas esenciales para CNM	Criterio 2.2. Suministros y equipamiento para cirugías	Criterio 2.3. Equipamiento, suministros y medicamentos para emergencias	Criterio 2.4. Suministros y equipamiento para prevenir infecciones	Criterio 2.5. Ambiente adecuado
	%	%	%	%	%	%
Ucayali 1	68.2	100.0	60.0	83.3	75.0	50.0
Ucayali 2	69.7	100.0	60.0	83.3	83.3	50.0
Ucayali 3	37.9	91.7	20.0	0.0	50.0	23.1
Ucayali 4	51.5	75.0	50.0	66.7	66.7	30.8
Ucayali 5	45.5	83.3	20.0	33.3	50.0	38.5
Ucayali 6	60.6	83.3	50.0	66.7	91.7	38.5
Ucayali 7	30.3	83.3	20.0	0.0	16.7	23.1

Estándar 3. Proveedores competentes y calificados para realizar CNM

Cinco de los 7 establecimientos de salud evaluados no tienen criterios para calificar en el estándar 3. Los establecimientos Ucayali 4 y 6 tienen un valor de 10% en este estándar debido a que lograron un 50% en el criterio 3.1 referido a que cuentan con un proceso para determinar si los clínicos tienen calificaciones, licencia o registro válidas para la práctica médica. Por lo tanto la brecha varía entre 90 y 100% en este estándar (Tabla 2.7).

Tabla 2.7 Competencia y calificación de proveedores de salud

Establecimiento de salud	Estándar 3: Proveedores son competentes y están calificados	Criterio 3.1. Proceso para asegurar que todo el personal tiene las apropiadas calificaciones y competencias para realizar CNM	Criterio 3.2. Hay una evaluación periódica de competencias Criterio 3.3. El entrenamiento y educación continua en servicio son proporcionados
	%	%	%
Ucayali 1	0.0	0.0	0.0
Ucayali 2	0.0	0.0	0.0
Ucayali 3	0.0	0.0	0.0
Ucayali 4	10.0	50.0	0.0
Ucayali 5	0.0	0.0	0.0
Ucayali 6	10.0	50.0	0.0
Ucayali 7	0.0	0.0	0.0

Estándar 4. Los padres reciben información y educación para prevención del VIH y CNM

Este estándar no es aplicable dado que en ninguno de los establecimientos se ofrece información y educación a los padres sobre la relación existente entre prevención del VIH y CNM. La brecha es por lo tanto 100% en este estándar.

2.3.6 Conclusiones

En los establecimientos evaluados de la Región Ucayali (2 hospitales y 5 centros de salud) la mayor demanda de atenciones se concentra en los hospitales y centros de salud de la zona urbana (89%), registrándose en estos el 82.5% de los controles prenatales.

Solo un establecimiento requiere atención respecto al abastecimiento de energía eléctrica y dos requieren de agua.

Todos los establecimientos evaluados cuentan con servicio básico de cirugía implementado y con equipos de esterilización. Sólo un establecimiento de salud reúne los tres criterios para ser considerado como adecuado para la prevención de infecciones, los demás establecimientos sólo cumplen con dos de los tres criterios. El criterio que no cumple la mayoría de establecimientos es el de una adecuada eliminación de residuos.

Todos los establecimientos de salud cuentan con por lo menos un médico, una enfermera y una obstetra, personal mínimo necesario para poder realizar una CNM. El establecimiento Ucayali 1 cuenta con dos cirujanos pediatras dentro de su personal que realizan CNM y tienen experiencia en la realización de CM. Asimismo, todos los establecimientos ofrecen servicios de salud reproductiva, planificación familiar y atención integral de ITS/VIH/SIDA. El personal de salud de los establecimientos evaluados requeriría de capacitación en CNM. Asimismo, requiere de insumos específicos para el procedimiento (Gomco, entre otros).

PARTE 3: SOBRE LOS COSTOS PARA PROVEER SERVICIOS DE CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA

La evaluación económica de un programa de circuncisión neonatal masculina (CNM) se define como el análisis comparativo de las acciones alternativas en términos de sus costos y consecuencias. Así los componentes básicos de cualquier evaluación económica son identificar, cuantificar, valorar y comparar costos de la CNM y las consecuencias de las alternativas consideradas (Drummond 2001). La presente Parte 3 responde a esta primera exigencia para brindar un estimado inicial de costos para proveer servicios de CNM. Como se mencionó en la Introducción, para realizar el estudio del impacto económico del CNM, se necesitaría los siguientes elementos principales: Aceptabilidad (Partes 1 y 4, sub-sección Impacto Social), costeo de la intervención (Parte 3), daños prevenidos y el costeo de tratamiento de los daños si no fuesen prevenidos (Parte 4, sub-sección Salud Pública).

La CNM es un procedimiento que en Perú se realiza de manera esporádica en clínicas privadas a solicitud de los padres y no se realiza rutinariamente en los establecimientos de salud del MINSA. Por lo tanto, no existe ninguna información económica disponible sobre este procedimiento en los lugares donde se implementará el programa ni datos sobre frecuencia de complicaciones.

Si bien la CNM es un procedimiento relativamente sencillo, puede presentar complicaciones las cuales deben incorporarse en la determinación de los costos, de modo de calcularlos con complicaciones y sin complicaciones. En relación a las tasas de complicaciones la información disponible usualmente es de países desarrollados, donde se reporta entre el 0.2% el 0.6% (Gee WF and Ansell 1976; Harkavy 1987). Entre ellas se encuentran el sangrado leve, la infección de herida operatoria, la retención urinaria, la estenosis del orificio y, muy pocas veces, la fístula uretral, la amputación parcial del pene y la necrosis peneana. Son escasos los estudios acerca de la incidencia de complicaciones en los países en vías de desarrollo, no obstante en un estudio realizado en Nigeria (Ademuyiwa and Bode 2009), donde se realizaron 270, CNM se presentaron complicaciones en 65 (20.2%), siendo las más frecuentes prepucio redundante y pérdida excesiva de prepucio; el procedimiento fue realizado en 55.9% de los casos por un enfermero, en el 9% por un circuncidador tradicional y en 35.1% por médicos, por lo que la proporción de complicaciones podría ser operador dependiente. Para el presente costeo hemos incluido escenarios de complicaciones por hemorragia y sepsis.

Si bien, existe el Plastibell como instrumento alternativo para la CNM, para efectos del costeo no se ha considerado el uso de este dispositivo ya que la alternativa tradicional es menos costosa, más efectiva y produce menos efectos adversos. Debido a ello no se ha considerado realizar una evaluación económica de su empleo. Sin embargo, si se ha tomado en cuenta el uso del dispositivo de abrazadera o Gomco, pues tiene menos efectos adversos que el Plastibell y es menos costoso. El kit de Plastibell para 25 circuncisiones cuesta alrededor de US\$ 141 y es descartable, en cambio el kit del Gomco cuesta US\$ 131 y es reusable. Esto último evita el problema de mantener un reabastecimiento continuo.

3.1 Metodología

Para el cálculo de los costos se han realizado las siguientes actividades:

- Búsqueda de información para establecer costos de recursos para un procedimiento estandarizado de CNM.

- Búsqueda de información para determinar los costos necesarios para el fortalecimiento de servicios de salud, mediante la evaluación de necesidades en recursos humanos, capacitación, infraestructura y equipamiento.
- Costeo de campaña de comunicaciones

Adicionalmente en la primera parte de este documento se han vertido los resultados de las entrevistas que se realizaron a los actores involucrados en este procedimiento.

3.1.1 Cálculo del costo unitario

Para determinar el cálculo del costo unitario de un programa de CNM, se utilizó un programa denominado: “The Male Circumcision: Decision Makers’ Program Planning Tool” (DMPPT) (Bollinger et al. 2009), diseñando para dar soporte al desarrollo de políticas y la planificación de provisión a gran escala del servicio de CNM, que permite a los analistas y responsables de la toma de decisiones, entender el costo de la intervención. El programa es parte de un conjunto de herramientas desarrolladas por el Programa de las Naciones Unidas en VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) que proporciona directivas para una completa aproximación a CNM, incluyendo los tipos de procedimientos quirúrgicos, políticas claves y temas de discusión cultural. Esta herramienta es un modelo basado en Microsoft Excel que estima los costos de un programa amplio para proveer servicios de CNM.

Para la determinación del costo de la intervención en las regiones de Loreto y Ucayali, previamente se estimó la población a intervenir según criterios médicos y operativos (que se detallan más adelante), en tal sentido se elaboró una propuesta en base a los siguientes escenarios:

- Escenario 1: Donde se realiza CNM solo a Recién nacidos (RN) de partos institucionales.
- Escenario 2: Donde además se realizará CNM a los RN de partos no institucionales que acuden a la visita de control post natal en las primeras 48 horas de vida.

Para el estudio de costos de un programa de CNM se han considerado los siguientes componentes: principales supuestos, población objetivo para la intervención y costos asociados a la implementación del programa.

3.1.2 Principales supuestos

- En el país no se cuenta con un programa de CNM y tampoco existe un protocolo o Guía Técnica Nacional para circuncisión neonatal masculina, por ello las pautas consideradas en esta intervención se recogen de los protocolos ejecutados en otros países (Illinois 2010; Thompson *et al.* 1975; WHO 2008).
- El costo unitario de un programa de CNM se calcula tomando en cuenta los costos directos que están relacionados con la realización del procedimiento *per se*, tales como salarios del médico, enfermera, obstetra, costos de insumos, medicamentos y entrenamiento del personal. A los cuales se suman los costos indirectos tales como mantenimiento y depreciación de equipos, personal de apoyo entre otros.
- Esta propuesta de un programa de CNM no incluye buscar un incremento de los CNM institucionales, es decir está basada en la demanda ya existente, adecuando el establecimiento para ofrecer este servicio.

- No existen experiencias sistematizadas de circuncisiones neonatales realizadas en el país debido a que se realizan en su mayoría en clínicas, consultorios particulares y ocasionalmente –principalmente por indicación médica– en instituciones del MINSA. Otras razones por las que se realiza el procedimiento son motivos culturales (población judía radicada en el país). La CNM se realiza de manera infrecuente, dado que actualmente no es ofrecida como parte de un paquete de servicios en la práctica pública ni la privada.
- La CNM se llevará a cabo por un profesional médico como un procedimiento de cirugía menor⁶, por lo tanto se realizará en establecimientos de salud con categoría I-4 ó mayor.
- Existen dispositivos para la realización de la CNM tales como pinza o abrazadera Morgen, Pastibell y la pinza o abrazadera de Gomco. La evidencia disponible sugiere que cualquiera de los dispositivos proporciona resultados igualmente buenos cuando se usan apropiadamente. Para nuestras estimaciones se ha considerado el Gomco, que es un dispositivo reusable y protege el glande de daños.
- Todas las estimaciones de costos se han realizado en dólares americanos, tomando en cuenta una tasa de cambio promedio de 2.78 para el 2011.

3.1.3 Población objetivo de la intervención

Con la finalidad de estimar la población neonatal objetivo del programa de CNM, se siguieron los pasos descritos a continuación.

- Identificación del número de partos institucionales en cada región: Durante el año 2010 el número de partos institucionales en la Región Loreto fue 17,471 y en la Región Ucayali el número de partos 9,060⁷.
- Estimar el número de RN nacidos a término y sin contraindicaciones para realizar CNM: De toda la población neonatal en estas regiones, sólo son aptos para la intervención quirúrgica aquellos neonatos a término y sin malformación del aparato urológico. Esta población constituye aproximadamente el 90% del total de partos institucionales atendidos (a nivel nacional el 9% de los neonatos es prematuro y el 1% sufre malformaciones⁸), lo cual representa 15,724 partos en Loreto y 8,154 en Ucayali.
- Porcentaje del total de neonatos de la región que serían circuncidados: De acuerdo a los reportes de índice de masculinidad de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL 2010), de cada 100 partos aproximadamente el 50% son de sexo masculino, lo cual representa para la Región Loreto 7,862 varones nacidos en parto institucional y sin prematuridad ni malformaciones, y 4,077 para la Región Ucayali . Aunque de acuerdo a nuestro estudio el 77% de los padres estarían dispuestos a consentir circuncidar a su recién nacido, para nuestras estimaciones hemos utilizado un 91% de aceptación. Esto se basa en estudios que han reportado tasas de aceptación mayores que lo observado en nuestro estudio (2006; M. O. Brito

⁶ La cirugía menor incluye una serie de procedimientos quirúrgicos sencillos y generalmente de corta duración, realizados sobre tejidos superficiales y/o estructuras fácilmente accesibles, bajo anestesia local, que tienen bajo riesgo y en los que no son esperables complicaciones postquirúrgicas significativas.

⁷ Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva de la Región Loreto y de la Región Ucayali.

⁸ El porcentaje en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) es de 9% y el dato nacional 10%, sin embargo se está tomando el dato del INMP. Las principales contraindicaciones: hipospadias, epispadias, fusión penoescrotal (pene palmeado), pene curvo sin hipospadias y micropene. Para efectos del presente estudio, se considera que tanto la proporción de casos de partos pre-término, así como la razón varón/mujer en los partos se mantiene constante con los años. Se asume que la razón varón/mujer en los nacidos prematuros es constante y es similar a la razón varón/mujer en los nacidos a término, asimismo, que la proporción de prematuros no variaría en el tiempo.

et al. 2009; J G Castro et al. 2010b) por cuanto la encuesta se ha realizado en un escenario de ausencia de información y de oferta del servicio. En ese sentido se estima que serían 7,154 en la región Loreto y 3,710 en la región Ucayali en un escenario 1 de intervención (Ver Tabla 3.1).

- Consideraciones adicionales al momento de calcular costos de CNM: Para el escenario 2 se ha incluido el número de RN calculado en el escenario 1 y se han adicionado a los RN de parto no institucional que acuden a su primer control post-natal en los primeros dos días de vida. No se ha incluido a los nacidos entre el día 3 y el 28 por cuanto esta información no está disponible. El grupo reportado por ENDES es de 3 a 41 días (INEI 2010).

Estamos asumiendo que, al igual que en los partos institucionalizados, la aceptación del procedimiento será de 91% en el grupo de RN de parto no institucional que acuden a su primer control post-natal en los primeros dos días de vida. En ese sentido, serían 1,087 neonatos en Loreto y 269 en Ucayali. Por lo tanto, en el escenario 2 el número total de recién nacidos a quienes potencialmente se les haría CNM es 8,241 en Loreto y 3,979 en Ucayali. Estas cifras pueden aumentar si se expande la oferta de CNM al grupo de RN que nacieron fuera de la institución y que acuden a su primer control post-natal entre el tercer y vigésimo octavo día de edad.

Tabla 3.1 Estimación de la población objetivo por regiones

Región	Nº partos institucionales	Partos institucionales sin prematuridad o malformación (90%)	Nº de RN varones	Nº de RN en parto no institucional que acuden a control en las primeras 48 horas	Nº estimado de circuncisiones a realizar (91% de aceptación)
Loreto (Total de Partos = 32,902)					
Partos institucionales (53.1%)	17.471	15.724	7.862		7.154
Partos no institucionales (46.9%)	15.431	13.888	6.944	1.194	1.087
Ucayali (Total de partos = 12,707)					
Partos institucionales (71.3%)	9.060	8.154	4.077		3.710
Partos no institucionales (28.7%)	3.647	3.282	1.641	295	269

Fuente: INEI. ENDES 2010. Distribución porcentual de nacimientos en los cinco años que precedieron la encuesta, por la persona que proporcionó la atención durante el parto, según ámbito geográfico, Perú 2010.

3.2 Costos asociados a la implementación del programa

El cálculo del costo unitario de CNM incluye los costos directos e indirectos asociados a la implementación del programa, en cuya estimación se incluyen todos los costos del proceso asociados a la implementación y no solamente la realización del procedimiento. Esta información es útil para quienes tomarán las decisiones y planificarán la ejecución del programa. Para el cálculo de costos unitarios se utilizará la siguiente estructura de costos:

- Costos directos:
 - Costos de personal
 - Costos de medicamentos y de suministros consumibles y no consumibles
 - Costo de la capacitación
- Costos indirectos:
 - Costos de depreciación de capital
 - Costos de mantenimiento
 - Costos indirectos de personal asistencial
 - Costos de supervisión

La tasa de complicaciones del procedimiento están en un rango entre 0.19% y 3.1% (Ben Chaim et al. 2005; O'Brien et al. 1995) siendo la complicación más frecuente la hemorragia seguida en frecuencia por la infección como complicación más común. Las tasas de complicaciones dependen mucho de quien realiza el procedimiento. Para nuestras estimaciones utilizaremos un porcentaje de 1% para casos de complicaciones con hemorragia y 1% complicada con sepsis (infección), lo que implica incluir costos adicionales en medicamentos, suministros y personal siguiendo la misma estructura descrita para la CNM sin complicaciones.

3.2.1 Costos directos

Los costos directos están compuestos por los siguientes componentes: costos de personal, costos de medicamentos y suministros y costos de entrenamiento.

Costos de personal

El equipo considerado está constituido por un médico (quien realizará la circuncisión) y una enfermera que participa como instrumentista y asistente. Asimismo participa una obstetra, quien explica a los padres el procedimiento y toma el consentimiento que autoriza realizar la cirugía.

El costo de personal que se está considerando para este procedimiento incluye los salarios más beneficios sociales que paga el Ministerio de Salud del Perú a los profesionales de salud que forman el equipo, los mismos que realizan una jornada laboral semanal de 40 horas durante 48 semanas por año. Solamente en el caso de los profesionales médicos la jornada semanal de trabajo es de 36 horas, de acuerdo a la legislación vigente en el Perú para la jornada de trabajo médico.

Para determinar el costo directo de personal es necesario seguir los siguientes pasos:

- Los costos unitarios por hora de cada profesional de la salud se han obtenido al dividir el costo total al año, incluidos beneficios sociales, entre el número total de horas trabajadas semanalmente y entre el número total de semanas trabajadas al año, como se muestra en la tabla 3.2.

Tabla 3.2 Estimación de costos de personal por circuncisión neonatal

Profesional	Salario por año US\$	Beneficios sociales por año US\$	Costo total por año US\$.	Horas trabajadas por semana	Semanas trabajadas al año	Costo unitario por hora US\$.	CNM sin complicaciones		CNM con complicaciones			
							Tiempo	Costo US\$	Hemorragia		Infección	
									Tiempo	Costo US\$	Tiempo	Costo US\$
Médico	15,324	1,524	16,848	36	48	9.75	0.75	7.31	1.25	12.19	1.75	17.06
Enfermera	7,468	747	8,215	40	48	4.28	0.75	3.21	1.75	7.49	2.25	9.63
Obstetras	7,468	747	8,215	40	48	4.28	0.50	2.15	--	--	--	--
Costo de personal								12.67		19.68		26.29

Fuente. Oficina de RRHH, DIRESA Loreto

- Para estimar el costo de la participación en una CNM de cada profesional del equipo se determinó el tiempo que utiliza cada uno durante el procedimiento estandarizado⁹

⁹ El modelo de atención propuesto para la realización de una CNM se inicia con la firma del consentimiento por el padre y la madre del recién nacido, lo cual estará a cargo de la obstetra (será quien proporciona información y orientación sobre CNM a lo largo de la gestación en los controles prenatales). El consentimiento para la realización de CNM se tomará en las primeras 24 horas después del parto. El profesional médico, quien contará con la asistencia de una enfermera como instrumentista, será el responsable de llevar a cabo la pre evaluación e intervención.

(según la información de expertos durante el taller y la revisión de la literatura), multiplicado por el costo que tiene cada hora de trabajo. En la tabla 3.2 se muestran las estimaciones sin complicaciones y con complicaciones de la CNM.

Costos de medicamentos y suministros

Para la estimación de los costos de medicamentos y suministros para el programa de CNM se realizaron los siguientes pasos:

- Se identificó las drogas y suministros a requerir bajo 3 circunstancias:
 - Intervención y post circuncisión neonatal masculina sin complicación.
 - Post circuncisión con hemorragia.
 - Post circuncisión con infección.
- Se determinó el porcentaje de uso, tiempo y cantidad de consumo de cada medicamento y suministro, para cada caso de CNM.
- Se obtuvo el costo unitario de cada medicamento y la cantidad de suministros a utilizar, para posteriormente multiplicarlo por el porcentaje de uso, tiempo y cantidad de consumo, como se puede apreciar en el Anexo 3.1, que muestra en forma detallada las estimaciones tal como aparecen en las hojas de cálculo del software.
- Para obtener el costo total unitario de cada medicamento o suministro se multiplicó el costo unitario por la cantidad a utilizar del mismo, teniendo en cuenta si es sin o con complicaciones. Para la estimación general de estos costos se determinan dos clasificaciones de suministros: consumibles y no consumibles.
- Para obtener el costo de los medicamentos y suministros consumibles a utilizarse en el programa de CNM, se estima una sumatoria del total de los costos unitarios de cada tipo de medicamento o suministro necesarios para realizar una CNM (Tabla 3.3). También se estimó el costo de medicamentos y suministros consumibles, adicionales, requeridos en caso ocurra una complicación por hemorragia o infección.

Tabla 3.3 Estimación de costos de medicamentos y suministros para realizar una CNM y para tratar las complicaciones.

Medicamentos y suministros consumibles	Costo unitario US\$*	CNM no complicada		Tratamiento de hemorragia**		Tratamiento de infección**	
		Cantidad	Total por circuncisión US\$	Cantidad	Total por circuncisión US\$	Cantidad	Total por circuncisión US\$
Gasa	0.23	10	2.34	5	1.17	1	0.23
Guantes (par) estéril	0.54	2	1.08	1	0.54		
Guantes (par) no estéril	0.04	1	0.04				
Lidocaína frasco 20ml	0.09	20	1.80	20	1.80		
Aguja 21	0.11	2	0.22	1	0.11	1	0.11
Máscara quirúrgica	1.80	2	3.60	1	1.80		
Povidone solución antiséptica	0.09	2	0.18	1	0.09	2	0.18
Gorro quirúrgico (disponible)	2.88	2	5.76	1	2.88		
Jeringuilla, 10ml, disponible	0.18	2	0.36				
Paracetamol frasco	0.50	2	1.00				
Dicloxacilina 500 mg.	2.34					0.84	1.96
Esparadrapo	0.54					1	0.54
Costo unitario por CNM y adicional por complicación			16.36		8.39		3.02

* Tipo de cambio: 1US\$=2.78 nuevos soles; ** Costos adicionales por tratamiento de la complicación

- Para obtener el costo de los suministros no consumibles a utilizarse en el programa de CNM, se estima una sumatoria del total de los costos unitarios de cada insumo y los componentes de la caja de emergencia, y se divide entre el factor de uso de todos los suministros no consumibles (Tabla 3.4).

Tabla 3.4 Costos de suministros no consumibles por CNM

Medicamentos y suministros no consumibles	Costo unitario S/.	Tipo de cambio	Costo unitario US\$.	Cantidad a utilizar por CNM sin complicación	Costo total por cada CNM sin complicación US\$
Bata quirúrgica	40.00	2.78	14.39	2	28.78
Pantalones quirúrgicos	40.00	2.78	14.39	2	28.78
Cubre botas quirúrgicas	12.00	2.78	4.32	2	8.63
Mandil quirúrgico	20.00	2.78	7.19	1	7.19
Dispositivo Gomco	97.30	2.78	35.00	1	35.00
Pinza porta esponja	26.50	2.78	9.53	1	9.53
Bisturí N° 4	57.93	2.78	20.84	1	20.84
Pinza mosquito rectos pequeños	148.06	2.78	53.26	1	53.26
Pinza mosquito curvos pequeños	150.03	2.78	53.97	1	53.97
Pinza N/H mayo hager 14-16cm	132.00	2.78	47.48	1	47.48
Pinza de disección sin diente 14/14.5	48.00	2.78	17.27	1	17.27
Tijeras quirúrgicas BL S.	89.00	2.78	32.01	1	32.01
Tijera Mayo	143.66	2.78	51.68	1	51.68
Bandeja de disección con tapa	54.98	2.78	19.78	1	19.78
Caja de emergencia					
SoluCortef 100mg/2ml	7.50	2.78	2.70	1	2.70
Adrenalina 1mg/2ml	2.00	2.78	0.72	1	0.72
Atropina 1mg/ml	2.00	2.78	0.72	1	0.72
Diazepam 10mg/2ml	1.00	2.78	0.36	1	0.36
Equipo de venoclisis	10.50	2.78	3.78	1	3.78
Cloruro de sodio el 0.9 % 1L	8.50	2.78	3.06	1	3.06
Total					425.53
Factor de uso de los suministros no consumibles por cada CNM					500.00
Total costo unitario CNM sin y con complicaciones					0.85

Costos de la capacitación

Costo unitario

El costo unitario para capacitación por persona y por día es el mismo para médicos, enfermeras y obstetras. Este costo unitario de US\$.32.17, incluye los gastos para el traslado (pasaje nacional y local, viáticos, alquiler de local, refrigerios, material de oficina, entre otros), el detalle de los costos de cada evento se muestra en el Anexo 3.2.

Para calcular el costo total del entrenamiento de los profesionales de la salud para el programa de CNM es necesario multiplicar el costo unitario por el número de días a entrenarse y por la frecuencia de veces a realizarse el entrenamiento, como se muestra en la tabla 3.5. Las capacitaciones se realizarán anualmente teniendo en cuenta la alta tasa de renovación del personal de los establecimientos de salud, Asimismo, el personal capacitado servirá para realizar los procedimientos en el año siguiente.

La distribución detallada de los costos de entrenamiento incluyendo pasajes, viáticos, materiales, etc. se muestra en el Anexo 3.3.

Tabla 3.5 Costos de capacitación del personal profesional de la salud

Profesionales de la salud a capacitarse	Costo unitario US\$.	N° días a entrenarse	Frecuencia	Costo de entrenamiento por participante US\$
Médicos	32.17	7.00	1	225
Enfermeras	32.17	7.00	1	225
Costo total de entrenamiento de profesionales para el programa CNM				450
Número de casos de CNM al año				10,864
Costo unitario de entrenamiento por cada CNM				0.03

Implementación de capacitación

Para la implementación del programa de CNM se ha considerado la capacitación de los profesionales de la salud que forman parte del equipo responsable de realizar el procedimiento a través de talleres y entrenamientos en servicios.

El número de profesionales que se capacitarán se ha establecido de acuerdo a la brecha determinada a través de la encuesta de infraestructura y personal realizado durante esta investigación, lo cual nos permitirá alcanzar 82% de los partos institucionales y más del 90% de partos atendidos por un profesional médico. No se cuenta con información sobre la necesidad de capacitación de los profesionales de la salud de establecimientos no evaluados en esta investigación por lo cual no fue incluida en los cálculos. Podría formar parte de otra etapa en el proceso de implementación luego de la evaluación de los resultados iniciales. Para el proceso del entrenamiento de los profesionales de la salud que participarán en el programa de CNM se ha considerado dos etapas:

Etapas:
Etapa 1: Capacitación de los profesionales médicos de los establecimientos de salud en los cuales se tiene previsto implementar el programa de CNM en la Región Loreto y Ucayali, por un experto urólogo pediatra procedente de Lima, a quien se tiene previsto cubrir sus gastos de traslado y el pago de sus honorarios.

De acuerdo al análisis realizado del impacto político, social, económico y de salud pública de un programa de circuncisión neonatal masculina; la Región Ucayali presenta mejores condiciones políticas y técnicas que la Región Loreto para el inicio del programa, por lo cual se propone que la implementación del programa y el entrenamiento se inicie en la Región Ucayali.

Sub Etapa 1.1: Entrenamiento en servicio de los profesionales médicos especialistas de un hospital en la Región Ucayali, que se denominaría “Centro de Excelencia”, como parte del proceso de implementación del programa de CNM.

Se ha considerado al Hospital Regional de Pucallpa como el “Centro de Excelencia” designado, por tener una demanda adecuada de partos institucionales y contar con especialistas con las competencias para llevar adelante el programa (Cirujanos pediatras, urólogos, etc.).

Se inicia con un curso-taller que estará a cargo de un urólogo pediatría, quien durante los 2 primeros días realizará la capacitación teórica a todo el equipo de CNM (médicos, obstetras y enfermeras) de los 7 establecimientos de salud seleccionados de Ucayali. Se ha considerado la participación de 4 profesionales médicos y 4 profesionales no médicos procedentes del Hospital Regional de Ucayali, pudiendo incrementarse el número de participantes del hospital de acuerdo al requerimiento de los servicios de pediatría, gineco-obstetricia y cirugía, ya que el incremento del costo sería mínimo.

Los siguientes 3 días se realizará el entrenamiento en servicio a los médicos especialistas del Hospital Regional de Ucayali, realizando múltiples intervenciones bajo la tutoría del experto. Estos establecimientos atienden un número elevado de partos y no se espera una reducción brusca de la tasa de natalidad. Meses previos al desarrollo del programa de capacitación se realizará una intensa campaña comunicacional para sensibilizar a las madres y padres sobre la importancia de la CNM, lo cual permitirá tener un número adecuado de pacientes para efectuar los procedimientos.

Terminado este entrenamiento se iniciaría el programa de CNM en el Hospital Regional de Ucayali durante un periodo de 6 meses para luego de evaluar los resultados de esta primera etapa y proceder a la siguiente.

Sub Etapa 1.2: En la Región Loreto la sede sugerida como “Centro de Excelencia” para el entrenamiento en CNM es el Hospital Regional de Loreto, cuyo equipo médico cuenta con especialistas competentes para llevar adelante el programa de CNM. La dinámica a desarrollar será la misma que en la Región Ucayali.

Etapa 2. Entrenamiento de médicos generales y enfermeras, a cargo de médicos especialistas entrenados procedentes del Centro de Excelencia.

Una vez concluido el entrenamiento en servicios de los profesionales médicos especialistas del Centro de Excelencia y finalizada la etapa 1, ellos se encargarán de conducir el entrenamiento de los profesionales médicos generales y enfermeras de los diversos establecimientos de salud de cada región.

Por consideraciones técnicas, logísticas y de monitoreo, el entrenamiento se iniciará con los profesionales procedentes de los centros de salud de la zona urbana. Por razones de organización del programa en cada hospital y por el requerimiento de supervisión permanente durante el entrenamiento en servicio, en el Centro de Excelencia se conformarán grupos de 2 médicos y 2 enfermeras quienes rotarán por 5 días en cada hospital y deberán realizar como mínimo 20 intervenciones de acuerdo a un protocolo de procedimientos de CNM establecido.

Esta etapa continuará con el entrenamiento de los médicos generales y enfermeras procedentes de los centros de salud rurales. Se establecerá en cada hospital un programa de educación médica continua, que permitirá capacitar de manera permanente a los profesionales de la salud procedentes de los diversos establecimientos de salud de cada región.

La etapa 2 se implementará primero en la Región Ucayali, comprendería un periodo de 6 meses. En la Región Loreto se seguiría la misma secuencia que la Región Ucayali.

Para cada región los cálculos de costos han considerado el periodo de un año.

3.2.2 Costos indirectos

Costos de depreciación de bienes de capital

Los costos unitarios indirectos de depreciación resultan de obtener los precios de compra de los bienes de capital, a los que se les resta el porcentaje de depreciación anual, se les multiplica por el porcentaje de factibilidad de casos en el programa de CNM y se les divide entre el número total de casos de CNM, como se muestra en la tabla 3.6.

Tabla 3.6 Depreciación de bienes utilizados en la CNM

Equipos de capital	Precio de compra US\$.	% Depreciación anual	Costo de depreciación US\$.	% de factibilidad por cada CNM	Depreciación anual US\$.	N° casos CNM	Costo de depreciación por cada CNM US\$
Autoclave	16,187.05	20%	3,237.41	14.44%	467.48	10,864	0.04

Costos de mantenimiento

Los costos unitarios indirectos de mantenimiento resultan de obtener los gastos por año de los servicios de luz, agua, teléfono y el gasto de mantenimiento a la infraestructura de cada uno de los establecimientos de salud, el resultado de esta sumatoria de gastos se multiplica por el porcentaje de factibilidad de casos en el programa de CNM y se divide entre el número total de casos de CNM (Tabla 3.7).

Tabla 3.7 Gastos de mantenimiento

Concepto	Mensual	N° EESS	Total mensual S/.	12 meses	T.C.	Costo al año US\$	% de factibilidad por cada CNM US\$	Costo de mant. por año US\$	N° casos CNM US\$	Costo de mant. por cada CNM US\$
Luz	1,000.00	20	20,000	12,000	2.78	4,316.55	14.44%	623.31	10,864	0.06
Agua	20.00	20	400	4,800	2.78	1,726.62	14.44%	249.32	10,864	0.02
Teléfono	300.00	20	6,000	72,000	2.78	25,899.28	14.44%	3,739.86	10,864	0.35
Mantenimiento de edificios	1,320.00	20	26,400	316,800	2.78	113,956.83	14.44%	16,455.37	10,864	1.55
Costo indirecto de mantenimiento por cada CNM										1.98

Costos de personal asistencial

Los costos unitarios indirectos de personal que no participa directamente en el procedimiento resultan de obtener los costos por año de los salarios más beneficios sociales, multiplicados por el porcentaje de esfuerzo de cada personal y divididos entre el número total de casos de CNM, como se muestra en la tabla 3.8.

Tabla 3.8 Estimación de costos indirectos de personal asistencial en el programa CNM

Profesional	Salario mensual S/.	Anual S/.	T.C.	Salario por año US\$	Beneficios sociales por año US\$	Total salario por año incluyendo beneficios sociales US\$	% de esfuerzo	Costo total por esfuerzo US\$	% de factibilidad por cada CNM*	Costo indirecto de % de factibilidad US\$	Costo indirecto de personal por cada CNM
Farmacéutica	1,730.00	20,760.00	2.78	7,467.63	746.76	8,214.39	25%	2,053.60	14.44%	296.54	0.03
Técnica en farmacia	930.00	11,160.00	2.78	4,014.39	401.44	4,415.83	25%	1,103.96	14.44%	159.41	0.01
Asistente hospitalaria – administrativa	930.00	11,160.00	2.78	4,014.39	401.44	4,415.83	25%	1,103.96	14.44%	159.41	0.01
Asistente hospitalaria	930.00	11,160.00	2.78	4,014.39	401.44	4,415.83	25%	1,103.96	14.44%	159.41	0.01
Asistente administrativo	930.00	11,160.00	2.78	4,014.39	401.44	4,415.83	25%	1,103.96	14.44%	159.41	0.01
Costo indirecto unitario del personal asistencial x cada CNM											0.07

*El % de factibilidad es un factor relacionado con los costos indirectos estimados en relación al número de procedimientos realizados.

Costos de supervisión

Los costos unitarios indirectos de supervisión resultan de obtener los costos por año de los salarios más beneficios sociales, que se multiplican por el porcentaje de esfuerzo de cada personal para luego determinar el porcentaje de factibilidad de casos en el programa de CNM y dividirlos entre el número total de casos de CNM (Tabla 3.9). Adicionalmente se incluyen los costos de transportes y viáticos de quienes harán la supervisión de Lima a las regiones. Se ha considerado una supervisión de nivel central cada 3 meses y 6 supervisiones locales a cargo de responsables regionales que son miembros del comité de implementación del programa de CNM.

Tabla 3.9 Costos indirectos de personal de supervisión y coordinación en el programa CNM

Profesional	Salario por año US\$.	Beneficios sociales por año US\$.	Total salario por año incl. benef. soc. US\$.	% de esfuerzo	Costo total por esfuerzo US\$.	% de factibilidad por cada CNM	Costo indirecto de % de factibilidad	Costo indirecto de personal por cada CNM
Coordinador nacional del programa	13,925.00	1,392.50	15,317.50	100%	15,317.48	14.44%	2,211.82	0.21
Inspector de salud regional	6,799.00	679.90	7,478.90	200%	14,957.80	14.44%	2,159.91	0.20
Costo indirecto unitario de supervisión por cada CNM								0.41

Costo de traslado por supervisión							
Concepto	Costo S/.	N° días/veces	Total S/.	T.C.	Costo US\$.	N° casos CNM	Costo unitario por CNM US\$
Viaje nacional - pasajes aéreos	417	4.00	1,668.00	2.78	600.00	10,864	0.06
Viáticos	540	4.00	2,160.00	2.78	776.98	10,864	0.07
Costo unitario por traslado de supervisión x cada CNM							0.13
Costo indirecto unitario de supervisión al programa por cada CNM							0.54

3.2.3 Costo de circuncisión neonatal masculina sin complicaciones y con complicaciones

El costo unitario para la CNM sin complicaciones se determinó en US\$ 32.53, en US\$ 47.93 para la CNM complicada con hemorragia y en US\$ 54.94 para la CNM complicada con infección. Los aspectos más importantes de la diferencia son los costos de suministros consumibles y el costo de personal. El costo ponderado de una CNM cuando se considera la presencia de complicaciones y su frecuencia es de US\$ 32.92. para facilitar los cálculos en presencia de complicaciones se calculó el costo promedio cuando hay una complicación, que equivale a la media aritmética del costo de la complicación hemorragia y el costo de la complicación infección: US\$ 51.44. El detalle de las estimaciones se muestra en la tabla 3.10.

Tabla 3.10 Cálculo de costos unitarios por cada CNM

Categoría de costos	Sin complicaciones	Con complicaciones			Ajustado total **
		Hemorragia	Infección	Promedio con complicación *	
		Costo unitario US\$.	Costo unitario US\$.	Costo unitario US\$.	
Costos directos					
Costos de medicamentos y suministros consumibles	16.36	24.74	24.74	24.74	16.53
Costos de no consumibles	0.85	0.85	0.85	0.85	0.85
Costos de personal	12.67	19.68	26.69	23.19	12.88
Costos de entrenamiento	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03
Subtotal	29.91	45.30	52.31	48.81	30.29
Costos indirectos					
Costos de depreciación de capital	0.04	0.04	0.04	0.04	0.04
Costos de mantenimiento	1.98	1.98	1.98	1.98	1.98
Costos indirectos de personal asistencial	0.07	0.07	0.07	0.07	0.07
Costos de supervisión	0.54	0.54	0.54	0.54	0.54
Subtotal	2.63	2.63	2.63	2.63	2.63
Total costo unitario por CNM	32.54	47.93	54.94	51.44	32.92

* Se ha calculado la media aritmética entre la complicación infección y la complicación hemorragia.

**Se considerar 98% sin complicaciones, 1% con hemorragia y 1% con infección.

El costo total anual de un programa de CNM en las regiones Loreto y Ucayali dirigido a RN cuyo parto fue atendido en establecimientos de salud, asciende a US\$ 376,993 (Tabla 3.11).

Tabla 3.11 Cálculo de costos totales de un programa de CNM dirigido a recién nacidos de parto institucional

Categoría de costos	CNM sin complicaciones			CNM con complicaciones		
	Costo unitario US\$	98 % de casos	Total en US\$	Costo unitario US\$	2% de casos	Total en US\$
Costos directos						
Medicamentos y suministros consumibles	16.36	10,645	174,185	24.74	217	5,369
Suministros no consumibles	0.85	10,645	9,05	0.85	217	184
Personal	12.67	10,645	134,897	23.19	217	5,032
Capacitación	0.03	10,645	319	0.03	217	7
Subtotal	29.91		318,452	48.81		10,592
Costos indirectos						
Depreciación de capital	0.04	10,645	745	0.04	217	9
Mantenimiento	1.98	10,645	35,667	1.98	217	430
Indirectos de personal asistencial	0.07	10,645	1,597	0.07	217	15
Supervisión	0.54	10,645	9,369	0.54	217	117
Subtotal	2.63		47,378	2.63		571
Costo total	32.54		365,830	51.44		11,163

El costo total anual de un programa de CNM en las regiones Loreto y Ucayali dirigido a neonatos cuyo parto fue atendido en establecimientos de salud y a neonatos nacidos de parto no institucional pero que acuden a su control en las primeras 48 horas de vida asciende a US\$ 401,596 (Tabla 3.12).

Tabla 3.12 Cálculo de costos totales de un programa de CNM que incluya a nacidos de parto no institucional y que acuden a su control en las primeras 48 horas de nacidos.

Categoría de costos	CNM sin complicaciones			CNM con complicaciones		
	Costo unitario US\$	98 % de casos	Total en US\$	Costo unitario US\$	2% de casos	Total en US\$
Costos directos						
Medicamentos y suministros consumibles	16,36	11.976	195.921	24,74	244	6.037
Suministros no consumibles	0,85	11.976	10.179	0,85	244	207
Personal	12,67	11.976	151.731	23,19	244	5.658
Capacitación	0,03	11.976	359	0,03	244	7
Subtotal	29,91		358.190	48,81		11.910
Costos indirectos						
Depreciación de capital	0,04	11.976	479	0,04	244	10
Mantenimiento	1,98	11.976	23.712	1,98	244	483
Indirectos de personal asistencial	0,07	11.976	838	0,07	244	17
Supervisión	0,54	11.976	6.467	0,54	244	132
Subtotal	2,63		31.496	2,63		
Costo total	32,54		389.686	51,44		11.910

3.2.4 Costos de campaña de difusión

Estos costos no están incluidos en el cálculo del costo unitario. En vez de esto son transferidos a la sección de impacto como el “costo de la creación anual de la demanda”, que será adicionado al costo total anual de la red en el diseño del programa de CNM.

En la estimación del costo de la campaña de difusión como primer paso se debe elaborar el plan comunicacional de implementación del programa de CNM. Este plan de comunicación está dirigido a los siguientes grupos objetivos:

- **Trabajadores de salud:** Este componente tiene como objetivo mejorar el conocimiento de los trabajadores de salud sobre CNM y que sean capaces de actuar como promotores del procedimiento entre los usuarios que acuden a los servicios de salud.
- **Usuarios de los servicios de salud:** Mujeres en edad fértil, gestantes, etc. Este componente tiene como propósito crear un ambiente favorable en la comunidad, mejorar el conocimiento sobre CNM y la disposición de los padres para realizar la CNM a sus hijos recién nacidos.
- **Población general.** Este componente tiene como propósito mejorar el conocimiento de la población sobre CNM, promoviendo una actitud positiva y bien documentada sobre la realización del procedimiento.

Implementación de campaña comunicacional

Para ello se contará con un diseñador publicitario con experiencia en temas de salud, quien se encargará de elaborar los impresos y *spots* televisivos y radiales, utilizando los mensajes educativos – informativos resultantes de los grupos de discusión realizados a las gestantes y parejas. La campaña tendrá un periodo de duración total de 12 meses y se realizará en las regiones de Ucayali y Loreto.

Componente trabajadores de salud y usuarios de los servicios de salud

Se ha considerado distribuir durante los 12 meses de la campaña, 2 millares de folletos informativos en los 20 establecimientos de salud seleccionados por la cobertura superior al 80% de atención parto en las regiones de Loreto y Ucayali: 13 establecimientos de salud en Loreto y 7 en Ucayali.

Componente población general

La difusión radial y de prensa escrita se realizará durante 9 meses a partir del cuarto mes de la campaña.

Para la difusión radial se seleccionarán 2 programas –uno en la mañana y otro a mediodía– cuyo público objetivo sea madres y padres de familia. Los spots serán de 30 segundos. Se difundirán 20 spots radiales semanales, de lunes a viernes, haciendo un total de 80 spots radiales mensuales por región.

Paralelamente, la difusión en prensa escrita se hará a través del diario de mayor circulación regional. Los mensajes serán del tamaño de un cuarto de página a todo color, emitidos todos los días del mes.

A partir del segundo semestre de la campaña se iniciará la transmisión de mensajes televisivos con duración de 30 segundos por spot. Al igual que la difusión en medio radial, se seleccionará dos programas en canales locales, pudiendo ser un noticiero y un magazine cuyos públicos objetivos son padres y madres de familia.

Se emitirán cuatro spots televisivos diarios de lunes a viernes, haciendo un total de 80 emisiones por región.

Así mismo se elaborarán carteles publicitarios de 10.5 m. x 5.80 m., que serán ubicados estratégicamente en lugares de concentración masiva, de libre tránsito y vistosos. Se instalarán 3 carteles por región a mitad de la campaña durante 3 meses.

Se obtuvieron los costos unitarios de los siguientes productos:

- Diseño gráfico y publicitario.
- Millar de impresión de folletería y carpetas a color.
- Segundo de publicidad en televisión local.
- Segundo de publicidad en radio local.
- Publicidad en prensa escrita en un cuarto de página a color.
- Publicidad en paneles.

Definidos el tipo de publicidad, cantidad a difundir y tiempo de publicación, así como los precios unitarios, se ha estimado el costo correspondiente según lo propuesto en el plan de campaña para un periodo de un año en las regiones de Loreto y Ucayali (Tablas 3.13 y 3.14).

Tabla 3.13 Componente de la campaña comunicacional

Concepto	Unidades	Cantidad	Mes
Panel publicitario (medidas 10.5x 5.80 m)	Unidad	6	3
Difusión televisiva	Unidad	160	6
Difusión prensa escrita	Unidad	30	9
Difusión radial	Unidad	160	9
Impresión material de difusión	Millar	40	Se imprimirán solo una vez
Impresión de carpetas	Millar	2	Se imprimirán solo una vez

Tabla 3.14 Costos de campaña comunicacional

Detalle del producto	Cantidad	Costo unitario US\$	Costo total US\$
Diseño gráfico de materiales			539.57
Material impreso (por folleto)	240,000	0.36	86,400.00
Paneles visuales	18	1,438.85	25,899.30
Producción de televisión			899.28
Costo de 30 segundos de televisión	960	22.48	21,580.80
Periódico (1/4 página diario/semanal)	72	269.78	19,424.16
Producción radio			539.57
Costo de 30 segundos radio	1,440	13.49	19,425.60
Carpetas (páginas a color en folder)	2,000	1.80	3,600.00
Total			178,308.28

3.3 Conclusiones

El costo unitario de la CNM sin complicaciones, calculado tomando en cuenta los partos institucionales e incluyendo los partos no institucionales, es US\$ 32.54. El mismo costo calculado para una CNM con complicaciones es en promedio US\$ 51.44. Sin embargo, al hacer el cálculo de la atención ponderada, considerando la incidencia de complicaciones, es de US\$ 32.92.

Estos costos unitarios para los diferentes escenarios descritos anteriormente son de gran utilidad como instrumento de gestión económica para los responsables de proyectar, administrar y ejecutar presupuestos de entidades públicas y privadas, ya que permiten hacer estimaciones y supuestos en relación al objetivo propuesto de cada entidad en particular. Asimismo, sirven como base para otros escenarios, lo que permitirá a los responsables decisores tener un panorama más amplio al momento de tomar decisiones.

PARTE 4: PROGRAMA DE CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA DE RUTINA: EL IMPACTO SOCIAL, POLÍTICO Y DE SALUD PÚBLICA

En esta sección analizamos el impacto social, político, y de salud pública; y mediante estos tres ejes, analizamos la factibilidad de un programa de CNM. El análisis del impacto de una intervención puede tener muchas interpretaciones. Según Coudouel, el impacto de una intervención depende de una serie de elementos: el diseño de la intervención y la reforma que esto implica, la economía política de la reforma y la capacidad de las agencias o instancias responsables de implementarla. En primer lugar, las políticas afectan a diferentes grupos en diferentes formas donde algunos grupos ganan y otros pierden. Segundo, muchas reformas tienen impactos canalizados por diferentes vías, las mismas que podrían ir en sentidos opuestos. Tercero, el impacto puede variar a través del tiempo, algunos efectos se espera ocurran inmediatamente, mientras otros pueden tomar mayor tiempo en materializarse. Cuarto, algunas consecuencias de las políticas producto de la intervención se derivan inmediatamente de ellas y otras pueden tomar otras rutas para llegar a los beneficiarios (Coudouel *et al.* 2006). Por último el impacto de la intervención dependerá de la capacidad y voluntad de las agencias responsables de la implementación de la política.

4.1 Impacto social de la implementación de una estrategia de CNM para la prevención de la adquisición del VIH y otras ITS en el Perú

El impacto social puede tener una definición amplia como la siguiente, de las Guías y Principios de la Evaluación del Impacto Social del Comité Interorganizacional de 1994:

“...Por impacto social entendemos las consecuencias para la humanidad de cualquier acción, pública o privada que altere la manera en la cual la gente vive, trabaja, juega, se relaciona y se organiza para satisfacer sus necesidades y hacer frente con otros miembros de la sociedad. Este término también incluye el impacto cultural que involucra cambios a las normas, valores y creencias que guían y racionalizan su concepto de sí mismos y de su sociedad...” (Service and Assessment 1994)

Para fines del presente análisis, rescatamos de esta definición los conceptos clave del cambio en la manera que la gente satisface sus necesidades y cambios a las prácticas y creencias culturales, en este caso relacionados con la salud sexual y reproductiva. A continuación detallamos primero las perspectivas de autoridades de gobierno e iglesia, y posteriormente las de la comunidad respecto a factores de aceptación o rechazo de la CNM. Dichos niveles de aceptación en la población son clave para analizar la factibilidad de la intervención.

4.1.1 Perspectiva de las autoridades de gobierno e iglesia en las regiones

Tanto Loreto como Ucayali comparten un territorio con características comunes así como aspectos culturales similares, por lo que el contexto en el que se desarrollaría el programa de CNM es básicamente el mismo. Las autoridades regionales y de la iglesia demuestran diferentes niveles de aceptación hacia un posible programa de CNM, pero ambos reconocen que dada la diversidad cultural de sus regiones, dicho programa implicaría un impacto en las prácticas sociales y creencias culturales.

En algunos casos, antes de entrevistar las autoridades, era necesario orientarles sobre el tema. Aún para funcionarios públicos resulta ajeno el significado de la circuncisión. En las entrevistas realizadas tanto a los decisores como a responsables de órganos técnicos de los gobiernos regionales de Loreto y Ucayali se aprecia un gran desconocimiento de la función preventiva de la circuncisión con relación a la transmisión de ITS y VIH/SIDA. Este desconocimiento genera una actitud cauta que se grafica en la siguiente mención:

“Es un acto cruento, aunque sea sencillo pero es cruento. Requiere de un acto quirúrgico que a la vez demanda la aprobación de la familia y el temor al riesgo o a las consecuencias de una administración generalizada de estas medidas dentro de los servicios de salud. No es fácil convencer a la familia que vamos hacer una circuncisión cuando no está dentro del esquema mental de las personas que esto sea una medida apropiada” (Entrevista, funcionario regional de Salud de Loreto, Perú).

Las autoridades reconocen como posibles factores de rechazo el machismo de la sociedad en general, y creencias tradicionales de las comunidades nativas. Sin embargo, a pesar de las dificultades que mencionan, las autoridades también expresan la voluntad evolucionar y necesidad de adaptar un programa de CNM al contexto de la población:

“...Nos va costar porque somos una sociedad sumamente machista y discriminadora, racista y discriminadora por razones de género. Pero creo que debemos prepararnos para esa evolución.” (Entrevista, ex funcionario del Gobierno Regional de Loreto, actual congresista de la República).

“...se debe tener cuidado con la opinión de las comunidades nativas. ... No podemos lograr fácilmente que se acomoden a la civilización, hay que hacerlo en forma progresiva. Si las normas van a ser regionales tienen que verse todo el contexto de la región” (Entrevista, funcionario del Gobierno Regional de Loreto, Perú).

En las entrevistas aparecieron también algunos temores. Por ejemplo, se considera que las campañas de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) desarrolladas en la década del 90 han generado resistencia a participar en programas que incluyan algún procedimiento quirúrgico. Se percibe además que el llevar prácticas “occidentales” a las comunidades nativas genere actitudes negativas hacia el personal de salud.

Las regiones evaluadas presentan retos especiales, donde se destaca la presencia de grupos en mayor vulnerabilidad a las ITS/VIH/SIDA. En diversas entrevistas se menciona con preocupación que los grupos de niños, niñas y adolescentes en circunstancias especialmente difíciles son víctimas de actividades de explotación sexual comercial, factor que podría crear mayor aceptabilidad para la CNM en cuanto se comparta la información en el contexto de prevención de enfermedades.

Muchos de los entrevistados expresaron su temor por la posición de la Iglesia católica con relación a la CNM. Sin embargo, hemos podido constatar que la percepción sobre una posición antagónica de la iglesia tiene más de idea preconcebida que de realidad. Las entrevistas a un párroco así como a los miembros de la Pastoral de Salud nos revelan una actitud abierta al procedimiento de la CNM.

4.1.2 La perspectiva desde la comunidad

El objetivo de un programa de CNM debe ser planteado, discutido y evaluado a nivel comunitario, es decir, una intervención para prevenir una enfermedad a la que el infante no se expondrá sino hasta el inicio de su vida sexual (dentro de 13 - 17 años) no es necesariamente un argumento determinante.

En base a algunas de las preocupaciones expresadas por los entrevistados, planteamos que la implementación de un programa de circuncisión neonatal no terapéutica de rutina cambiaría la estética masculina. El pene circuncidado pasaría a ser la norma estética de los genitales masculinos; esto requerirá de un programa sostenido para comprender que ésta ha sufrido un cambio. Los “ritos de pasaje” relatados por los informantes cambiarán. La percepción de que el debut sexual de los varones debe ser doloroso y eventualmente con sangrado, dejará de ser tal.

Aunque la evaluación cualitativa realizada en las gestantes reveló preocupaciones sobre el procedimiento quirúrgico y el deseo de algunas madres de evitarlo durante el periodo neonatal, la encuesta CAACP evidenció que existe interés y voluntad por parte de las gestantes y esta se incrementa una vez se proporciona información sobre los beneficios de la intervención. Estos indicadores nos podrían sugerir que es factible la implementación de un programa regional de CNM siempre y cuando se mejore el nivel de conocimientos sobre los beneficios que ésta ofrece. A pesar de las preocupaciones planteadas por algunas de las autoridades regionales entrevistadas respecto a la aceptación de la población, hemos encontrado que no existen barreras culturales significativas para su implementación, siempre y cuando se difunda la información necesaria.

4.2 Impacto político y de la implementación de una estrategia de CNM para la prevención de la adquisición del VIH y otras ITS en el Perú

Esta sección del documento analiza el impacto político de la implementación de una estrategia de CNM. Para tales fines, sintetiza las opiniones de los principales actores clave de la respuesta en las áreas priorizadas, regiones de Loreto y Ucayali, así como de la sede central del Ministerio de Salud en Lima. Mediante 53 entrevistas en profundidad realizadas a autoridades políticas, funcionarios públicos y miembros de sociedad civil y una Reunión de Expertos en Salud Pública e Infantil, se abordan temas cruciales para el cumplimiento de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), específicamente la Función 5: *Desarrollo de políticas y capacidad institucional para planificación y gestión en salud*, función en la que se enmarcaría la iniciativa de la circuncisión neonatal. También se ha tomado en cuenta los puntos de vista de funcionarios del Instituto Nacional de Salud, de la representación de ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia, de la Superintendencia de Aseguramiento en Salud y las opiniones de expertos en salud pública y salud infantil. A continuación exploramos el impacto político en las siguientes dimensiones, todas importantes para analizar la factibilidad de la intervención:

- Normativa existente en salud y como incorporar e implementar un programa de CNM
- La posibilidad de promover un proceso participativo para la toma de decisiones
- La capacidad institucional del MINSA para gestionar la iniciativa

- La posibilidad de gestionar la iniciativa con fondos públicos y el concurso de la cooperación internacional
- La posibilidad de disponer de evidencias para la adopción de esta decisión
- Consideraciones éticas relativas al bienestar del niño.
- Pertinencia de la CNM como prevención del VIH/sida
- La edad apropiada para la circuncisión
- La utilidad de un programa piloto
- El posible impacto en otros servicios del sistema de salud, si se implementa el CNM
- Oportunidades para plantear el tema de la circuncisión neonatal masculina

4.2.1 Normativa existente en salud y como incorporar e implementar un programa de CNM

Una norma legal de gran trascendencia y muy pertinente a la materia en estudio es la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud¹⁰. El capítulo III, artículo 11 de la Ley, señala las condiciones asegurables que se incorporan en los Planes de Aseguramiento en Salud. La Lista de Condiciones Asegurables del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) comprende a la población sana y considera al Recién Nacido Sano, quien sería el sujeto de programación para intervenciones de tipo CN. El paquete de servicios para este grupo etario incluye el manejo clínico específico, expresamente la cobertura de intervenciones preventivas, de diagnóstico y seguimiento según la Norma Técnica de Atención Integral de la Niña y el Niño: NT 040-MINSA/DGSP-V 01¹¹.

La norma contiene la lista de prestaciones esenciales para la Etapa de Vida Niño (que incluye al Recién Nacido), así como los requerimientos para la organización de los servicios, los recursos humanos, los instrumentos de registro de la información, los materiales e insumos, los equipos e instrumental médico y el componente de gestión de la atención integral, entre otros temas. Algunos aspectos de la Norma que se debe tomar en cuenta son los siguientes:

- Incluye en su base legal la NT 024-2005MINSA/DGSP-V01: Norma Técnica de Prevención de Transmisión Vertical (Madre-Niño) del VIH, lo que permite establecer vínculos entre la Etapa de Vida Niño (EVN) y las EESSNN de SSyR y de ITS/VIH/Sida. Las posteriores actualizaciones de la Norma Técnica de Prevención de la Transmisión del VIH (2008 y 2012) mantienen la posibilidad de establecer estas coordinaciones intra-institucionales.
- Incorpora un ítem correspondiente a la atención basada en la metodología AIEPI, cuya evaluación incluye la detección de factores de riesgo (Transmisión vertical del VIH, Hepatitis B, etc.). Esta podría constituir la puerta de ingreso de la CNM en caso de que la OMS y la OPS continuaran recomendando esta intervención preventiva. Respaldo este ítem, en el portal “Su Salud es Primero” de la web del MINSA¹², la EVN señala como uno de sus logros “la concertación interinstitucional para fomentar la Mesa de Trabajo de Atención Integral de la Infancia- Estrategia AIEPI.
- Establece que a nivel nacional la responsabilidad normativa en materia de atención integral de niños y niñas es la Dirección de Atención Integral de Salud (DAIS) y el Programa EVN. A nivel regional los equipos técnicos de la EVN son los encargados de la conducción de las políticas nacionales.

¹⁰ Ley 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud

¹¹ NT 040-MINSA/DGSP- V 01

¹² <http://www.minsa.gob.pe/portada/prevencion.htm>

Podemos afirmar que de acuerdo a lo explorado en el presente estudio a través de la reunión con expertos y la revisión de la normativa vigente, no se requiere elaborar ni eliminar una norma para permitir la viabilidad del programa de CNM. Se propone incorporarla como un procedimiento dentro del paquete de atención para el recién nacido, por lo que es necesario considerar la modificación de los siguientes documentos técnicos:

- NTS No 087-MINSA/DGSP V01, Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años, aprobada por Resolución Ministerial 990-2010-MINSA
- Guía Técnica: Guías de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido, aprobadas por RM 1041-2006/MINSA.
RM 290-2006/MINSA, Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

Para modificar los documentos mencionados, el MINSA seguirá sus procesos internos según lo establecido Norma Técnica aprobada con Resolución Ministerial N° 526-2011/MINSA. Aunque no se va a crear una nueva norma, sigue siendo indispensable contar con la participación ciudadana, evidencias, y otros respaldos que se exponen a continuación para acompañar al diseño de una estrategia o programa de CNM.

4.2.2 Posibilidad de promover un proceso ampliamente participativo para la toma de decisiones

A semejanza de lo ocurrido en el proceso de formulación y aprobación de la Ordenanza Regional N° 004-2010-GRL-CR: Medidas Regionales para la Prevención y Atención a Poblaciones Vulnerables (GTB/HSB y TS) frente a las ITS y al VIH en Loreto, sería muy importante diseñar un proceso altamente participativo, que involucre a la población desde la construcción de la propuesta hasta su implementación. Para una propuesta de CNM, los participantes deben incluir tanto la participación de distintas autoridades ligadas al sector salud, como de la ciudadanía directamente relacionada con el tema (población vulnerable al VIH/Sida, líderes comunitarios, organizaciones de mujeres, promotoras educadoras de pares, etc.). El estudio encontró también referencias a otros actores importantes como: representantes de investigadores, de los potenciales financiadores, de la comunidad y de la sociedad civil (Entrevista, funcionaria de la Oficina General de Investigación y Transferencia Tecnológica del Instituto Nacional de Salud, Perú).

Finalmente, a lo largo de las entrevistas se evidenció la necesidad de contemplar desde sus inicios la participación de la población para contrarrestar los prejuicios y la débil información disponible. Las acciones de participación de la población minimizarían los costos políticos y alentarían un posible resultado favorable.

4.2.3 La capacidad institucional del MINSA para gestionar la iniciativa

En base a las entrevistas con expertos y otros factores, consideramos que El MINSA está en la capacidad de diseñar una política de circuncisión neonatal. Sin embargo, su aplicación a nivel regional requeriría de asistencia técnica y soporte de recursos humanos calificados, debido a que las regiones han recibido la transferencia de funciones en los últimos años. La sede central del MINSA, de acuerdo a la Ley General de Salud, se reserva el rol normativo y de rectoría. Las Direcciones Regionales de Salud, órganos dependientes de los Gobiernos Regionales, tienen restricciones establecidas en el artículo 25 de la citada norma legal: *“el ejercicio descentralizado de competencias de control en materia de salud no supone en*

ningún caso el ejercicio de competencia normativa en las regiones salvo disposición en contrario de la propia ley”, de allí que requieran normas y directivas, orientación y apoyo.

El estudio ha tratado de explorar la posibilidad de que el MINSA ofrezca asistencia técnica a las regiones en caso se iniciara un programa de circuncisión neonatal, y se plantea abordar dicha asistencia a través de alianzas entre la MINSA y la INSN (u otras organizaciones de salud pública), como se menciona aquí:

“De nosotros mismos no, lo que nosotros tenemos (que hacer) es aliarnos. Por ejemplo yo he trabajado con redes científicas. En el caso específico, la que le toque hacer va a tener que recurrir al Instituto Nacional de Salud del Niño para que les facilite a los urólogos, a los pediatras para hacer esto. Así sería, a través de ellos les daríamos la asistencia técnica, porque las competencias técnico-clínicas no las tenemos aquí, (las de) aquí son competencias técnicas, pero de gestión”. (Entrevista, funcionario a nivel de dirección, MINSA, Perú).

Varios de los entrevistados destacaron la importancia de fortalecer las capacidades de las regiones para implementar un programa de CNM.

4.2.4 Factibilidad de financiamiento: La posibilidad de gestionar la iniciativa con fondos públicos y el concurso de la cooperación internacional

Fondos públicos

El mecanismo de Presupuesto por Resultados (PpR) ha priorizado los programas estratégicos de VIH/SIDA y tuberculosis (entre otros), que cruzan todas las etapas de vida. Una intervención de circuncisión neonatal masculina para la prevención del VIH en varones, tendría que definirse como una “sub-finalidad”, parte del conjunto de resultados. Sin embargo, esta modificación tendría que trabajarse con antelación para que sea considerada en el siguiente ejercicio presupuestal. Este proceso se vería facilitado si es que la intervención se convierte en una política nacional mediante la modificación de la NTS N° 087-MINSA/DGSP V01, Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años.

Otra oportunidad consiste en considerar el procedimiento dentro del paquete del Sistema Integral de Salud (SIS). Incorporar la circuncisión neonatal masculina en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), es factible en el contexto del artículo 3 de la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal, que incluye las prestaciones de salud de tipo preventivo, que es el caso de la circuncisión neonatal. Un elemento distintivo del AUS son las garantías explícitas, un instrumento de regulación sanitaria que establece el carácter con las que deben ser otorgadas las prestaciones del PEAS. Estas son:

- Garantías de oportunidad.
- Garantías de calidad.

Las *garantías de calidad* se refieren a la mejor evidencia científica nacional e internacional de manejo en la práctica clínica basada en guías, así como a la mejor estructura y los procesos y recursos relacionados con la prestación. Este estudio aporta evidencias sobre aceptabilidad, disponibilidad de servicios de salud y el costo del procedimiento.

Dado que es factible la incorporación en el PEAS de la circuncisión neonatal masculina para la prevención de la infección por VIH en varones, la propuesta debería ser enviada a la Secretaría Técnica (SETEC) por alguna de las estrategias sanitarias o Etapas de Vida.

El SETEC la remitiría al Comité Técnico Implementador (CETIN), encargado de aprobar la propuesta. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) verificaría que la intervención cumpla con los criterios de costo-efectividad.

Esta alternativa de incorporación en el PEAS también requiere la modificación de la NTS N° 087-MINSA/DGSP V01, Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de Cinco Años.

Fondos de la cooperación internacional

En el Perú las fuentes cooperantes en materia de VIH/Sida son el Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/Sida, Tuberculosis y Malaria, USAID, y las agencias del Sistema de las Naciones Unidas (ONUDISA, OPS, UNFPA y OIT). La entrevista con la coordinadora de ONUSIDA para Perú, Ecuador y Bolivia, así como con la oficial de Monitoreo y Evaluación para dicha representación aportó valiosos datos de los cuales destacamos los dos más pertinentes: Para que el MINSA reciba respaldo científico de ONUSIDA si estuviera interesado en la iniciativa en CNM, se tendría que consultar con la sede en Ginebra. Indicó que se ha hecho en otros países de África pero tendría que consultar si se puede reconocer como una intervención indicada para la ONUSIDA en América Latina. En cuanto a financiamiento del Fondo Mundial señaló que en el momento actual no existe esa posibilidad debido a la suspensión temporal de nuevas convocatorias, así como por la decisión sobre la elegibilidad de Perú en materia de VIH, la misma que se reduce al trabajo con Poblaciones Más Expuestas al Riesgo (MARP).

4.2.5 La posibilidad de disponer de evidencias para la adopción de esta decisión

A lo largo de toda la investigación los entrevistados mencionaron la poca disponibilidad de evidencias nacionales sobre el efecto protector de la circuncisión en la transmisión del VIH, asociándolo a la dificultad que ello supondría para la formulación de una política de circuncisión en recién nacidos. Sin embargo, la autoridad encargada de la dirección competente para impulsar la incorporación de la circuncisión neonatal en la Norma Técnica sostiene que basta con las evidencias internacionales. Estas ayudarían a la Unidad de Investigación del INS a cumplir con la función de dar soporte a la formulación de la Norma Técnica. Esta posición se destaca en la siguiente opinión:

“...Creo que no vamos a tener que esperar a hacer estudios peruanos para decir que el niño que no se circuncidó transmitió el VIH. No va ser necesario eso, basta con las evidencias internacionales y saber nuestra prevalencia y en función a eso definir bien claramente a quienes amerita hacer la intervención y a quienes no, para no caer en el exceso” (Entrevista, funcionario a nivel de dirección, MINSA, Perú).

4.2.6 Consideraciones éticas relativas al bienestar del niño

A algunos de los participantes les preocupa que todos opinen y que el recién nacido no pueda opinar, por lo que consideran que sería mejor esperar hasta que el paciente pueda decidir si quiere la circuncisión, mientras otros enfatizan la importancia del consentimiento de ambos padres:

“...hay muchos pacientes que están circuncidados desde recién nacidos y después crecen y preguntan ¿qué me han hecho? y no están de acuerdo con la circuncisión, ahí viene el problema con el paciente (...). En el Servicio de

Urología no somos partidarios de hacer circuncisión en recién nacidos”
(Médico urólogo pediatra Lima, Perú).

“Debe quedar claro que (la CN) es un acto estrictamente voluntario y que el consentimiento informado, atañe no solo a las madres sino también a la pareja. El problema pasa por cuantas madres solteras hay en esta región y que se puede justificar con un testigo el consentimiento informado, pero luego aparece el padre y reclama que no le han consultado y que no ha aprobado el procedimiento” (Médico pediatra, Lima; Perú).

También advierte que para hacer la circuncisión en recién nacidos en la selva, se debe capacitar al personal. Esto tiene que ver con un principio fundamental de la medicina: Primero, no hacer daño, y así cumplir con una responsabilidad de ética.

4.2.7 Pertinencia de la CNM como prevención del VIH/sida

La mayoría de los expertos entrevistados concordaron que la CNM es de importancia para la prevención de VIH/SIDA, expresando opiniones como la siguiente:

“Existe importante información respecto a qué previene la transmisión del VIH. La evidencia científica es consistente y muy definida y recibe el apoyo de diversas instituciones que hablan de la prevención de la transmisión del VIH”
(Infectólogo, Lima, Perú).

Sin embargo, por lo menos un experto reconoció que queda la duda respecto a cómo destinar recursos, tomando en cuenta que los resultados del CNM en prevención de VIH/SIDA se empiezan a ver a los 15 años después de la intervención.

4.2.8 La edad indicada para la circuncisión

Cuando se diseña una estrategia de CNM, es importante analizar la edad indicada para la intervención. Las opiniones de los expertos varían desde adherir a las recomendaciones de la academia, hasta basarse en su propia experiencia personal. Cabe destacar que de los tres urólogos pediatras participantes en la reunión, dos consideraban recomendable posponer la circuncisión hasta pasado el período neonatal, mientras otros expertos recomendaban realizar en procedimiento durante dicho periodo.

“...de acuerdo a la literatura, la edad ideal es menor de 1 año” (Médico pediatra Director de Investigación y Docencia del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú).

“...los problemas por los que iban los padres, podrían resolverse simplemente con una buena educación, que se requiere para evitar las infecciones balano-prepuciales. Básicamente buena higiene y transferir la decisión de la circuncisión a periodos más tardíos” (Médico urólogo pediatra, Lima, Perú).

4.2.9 Es apropiado lanzar un programa piloto de CNM?:

Consideramos que no es necesario un piloto para determinar la eficacia de la CNM, porque existe amplia evidencia internacional. Sin embargo, consideramos útil la sugerencia de algunos de los entrevistados llevar adelante un piloto de implementación con el fin de identificar lecciones aprendidas y mejorar el programa. Adicionalmente, la RM N° 526-2011/MINSA no requiere la implementación de un piloto para este tipo de programa. Sin embargo, esa norma establece que durante la etapa de implementación, a nivel regional, se podrá adaptar la NTS a la realidad local, formulando y aprobando una directiva sanitaria regional, pero en ningún caso contravenirla (6.1.1.b. Ámbito de Aplicación). Apoyándose en este alcance, las regiones de Loreto y Ucayali podrían realizar las adecuaciones normativas que les permitan adoptar la CNM bajo las características de un programa regional. Los expertos entrevistados expresaron diversas opiniones respecto a la posibilidad de lanzar un programa piloto de CN, en general positivas, con algunas condiciones a tomar en cuenta.

“Si se va hacer una intervención que sea como un piloto libremente elegido, no como un tema político de salud en que el Estado tenga que asumir los riesgos de los gastos y de los eventos adversos que van a ocurrir. Políticas muy bien intencionadas pero un tanto apresuradas nos llevan a resultados muy pocos favorables.” (Gineco obstetra, Director del Hospital Materno Infantil San Bartolomé).

“...por experiencia de un par de trabajos grandes que hemos realizado (consideramos) que los pilotos nos enriquecen, porque nos brindan muchas aristas de aspectos que no se han contemplado inicialmente en cualquier tipo de diseño” (Médico pediatra Director de Investigación y Docencia del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima, Perú).

Respecto a la incorporación futura de la circuncisión neonatal en los planes de salud, el Dr. Arce coincide con el Dr. Padilla en que el procedimiento debe ser ofertado en forma gratuita y de manera voluntaria de manera que la población vaya haciéndola suya progresivamente conforme se demuestre que es realmente eficaz.

Para complementar la presente investigación, se ha preparado dos estudios de caso sobre pilotos, denominados: De Proyecto Piloto a Institucionalización de la Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano en el Perú y Ordenanza Regional N° 004-2010-GRL-CR: Medidas Regionales para la Prevención y Atención a Poblaciones Vulnerables (GTB/HSH y TS) frente a las ITS y al VIH en Loreto: Ejemplo de Acción Colectiva. Estos aportan luces sobre valiosas experiencias desarrolladas en las regiones ámbito del estudio, que posteriormente han logrado repercusión nacional en el campo de prevención del cáncer de cuello uterino y de respuesta al estigma y discriminación de las personas en mayor vulnerabilidad al VIH respectivamente, que se adjuntan como Anexos del presente capítulo. (Ver Anexos No. 4.1 y 4.1) Dichos estudios de caso podrían servir como ejemplo si se realizara un programa piloto en CNM.

4.2.10 El posible impacto en otros servicios del sistema de salud, si se implementa el CNM

Las opiniones vertidas durante la reunión se inclinan por considerar que un programa de CNM podría afectar otros servicios, sobre todo desplazando recursos que actualmente se destinan a otras actividades. Desde luego, esto en un escenario de escasez de recursos. La opinión cambiaría si existiera una partida adicional para el programa de CNM, de modo que no se resten recursos a algún otro. Algunos expertos recomiendan priorizar la educación sobre la prevención, o reconocen que con recursos limitados puede ser difícil contar con personal capacitado para realizar la intervención.

“Tengo entendido que hay una relación muy estrecha entre educación e incidencia (del VIH), entiendo que en el Perú hay cierta elevación del número (de casos) porque la educación ha bajado, hay una relación entre esto. Para mí sería penoso que un país como el nuestro ponga esfuerzos en algo cuando deberíamos ir hacia la parte educativa. Deberíamos asegurarnos que una cosa no quite (recursos) a la otra” (Pediatra neonatólogo, Lima, Perú).

“En las regiones de intervención como Loreto y Ucayali existe un alto porcentaje de nacimientos en servicios de primer nivel como las postas, centros de salud, centros médicos de primer nivel donde no existen pediatras, ni cirujanos pediatras. Para cubrir estas necesidades se requeriría de la capacitación y especialización o del desplazamiento de un contingente de especialistas que practiquen la circuncisión en recién nacidos y disminuya el riesgo en esta práctica” (Gineco-obstetra, Lima, Perú).

4.2.11 Oportunidades para plantear el tema de la circuncisión neonatal masculina

Los diversos procesos de planificación existentes a nivel nacional y regional son oportunidades para incorporar un programa de circuncisión neonatal masculina en el paquete de medidas para la prevención del VIH. Entre ellos tenemos:

- El nuevo Plan Estratégico Multisectorial de VIH 2012 – 2016 (PEM VIH): Instrumento de planificación de amplia base de las actividades de la Estrategia Sanitaria Nacional de Control y Prevención de las ITS, VIH y SIDA, que es consensuado con la sociedad civil, las comunidades afectadas y los diferentes sectores que conforman la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA). Este plan se encuentra en pleno proceso de elaboración.
- Los Planes Estratégicos Regionales Multisectoriales 2009 – 2013 (PERM VIH): Se desarrollan en base al PEM VIH. Su formulación puede definir las prioridades regionales de acuerdo a los perfiles de la epidemia en sus propios contextos.
- El Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 – 2015 (PENRMM).
- El Enfoque Territorial en Promoción de la Salud. Desde el año 2011 la Dirección Regional de Salud de Ucayali está trabajando con el enfoque territorial en promoción de la salud, fomentando reuniones en conjunto con todas las municipalidades, a través de las micro redes, para coordinar temas de salud. Uno de los entrevistados menciona que el Plan de Incentivos de Municipalidades y el Presupuesto a la Modernización han incentivado estas reuniones de coordinación porque los municipios disponen de fondos para proyectos.

- Disponibilidad de un Centro de Competencias en el Servicio de Gineco-obstetricia y Neonatología del Hospital Amazónico de Yarinacocha.
- Existencia de convenios con agencias cooperantes, que pueden ser tramitados ante los órganos competentes del Gobierno Regional sin tener que pasar por el Consejo Regional, lo cual facilita su despacho.

Los hallazgos plasmados en la presente sección nos llevan a plantear que para implementar un programa de CNM no se requiere crear una nueva norma ni eliminar una norma existente, sino que puede incorporarse como procedimiento adicional en el paquete de atención para el recién nacido. Para tales fines, se requiere la participación de la población para adecuar el procedimiento a sus necesidades y minimizar cualquier potencial impacto político negativo. También resaltamos las ventajas de programas pilotos o diferenciados por región: Aunque la epidemia de VIH en el Perú tiene carácter concentrado, existen regiones en las que existe el riesgo de evolucionar hacia una epidemia generalizada, tales los casos de Loreto y Ucayali. Por ello, la CNM podría aplicarse prioritariamente en los establecimientos de salud de esas regiones, como una medida adicional para la prevención del VIH.

4.3 Impacto del programa en la salud pública

4.3.1 Introducción

Existen diferentes metodologías para estudiar el impacto en salud pública de una intervención, como por ejemplo el uso de la carga de enfermedad, árbol de decisiones, modelos matemáticos determinísticos y modelos matemáticos estocásticos que incluyen a los Modelos de Markov.

Para la presente investigación, la determinación del impacto en salud pública se va a realizar a través de la metodología de Markov, que es el método estándar utilizado en los estudios de costo-efectividad para representar la historia natural de la enfermedad (Beck and Pauker 1983; Mar et al. 2010; Sonnenberg and Beck 1993). Su uso permite calcular tanto la esperanza de vida por estado de salud como la ocurrencia de sucesos con implicaciones en términos de costo-efectividad (Beck et al. 1982a; Beck et al. 1982b). Además, permite calcular los casos evitados comparando el escenario de intervención con el de no intervención.

Los modelos de Markov hacen un uso discreto del tiempo consistente en que el modelo avanza mediante incrementos de tiempo fijos, llamados ciclos de Markov. La duración ideal del ciclo debería ser el intervalo de tiempo más corto clínicamente significativo, que puede ser días, meses o años. Para esta consultoría usaremos ciclos anuales por ser una enfermedad de evolución lenta.

En cada ciclo del modelo de Markov, el paciente lleva a cabo una transición de un estado a otro en función de las probabilidades especificadas para el estado y el ciclo en que se encuentra. Estas probabilidades se denominan probabilidades de transición. En la vida real los riesgos cambian con el tiempo, ya que las tasas de muerte, y los eventos de salud, aumentan con la edad. Los modelos resuelven este punto definiendo las probabilidades mediante fórmulas que incorporan la tasa en función de la edad, y modificando esta de forma automática en cada ciclo. Desde algunos estados, como la muerte, no hay transición posible, y por eso se llaman estados absorbentes. El modelo funciona hasta que todos los individuos están en el estado absorbente o hasta que se alcanza el horizonte temporal del

estudio (Beck and Pauker 1983; Sonnenberg and Beck 1993). Tomando en cuenta que los potenciales beneficios del CMN se verán a lo largo de la vida sexual activa del hombre, para el presente estudio se ha fijado el horizonte temporal de 40 años como un promedio o valor referencial de la vida sexual más activa.

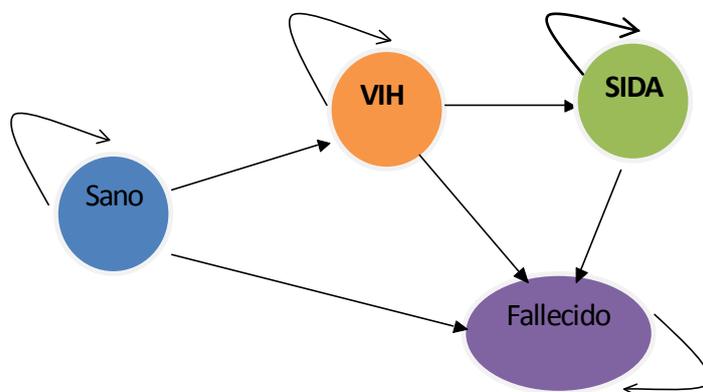
4.3.2 Metodología

Para realizar el análisis del impacto en salud pública se utilizó el software R para crear un código que simule el modelo de Markov, para calcular los casos evitados de VIH y SIDA. Este estudio incluye un análisis por regiones tomando en cuenta la demografía y epidemiología del VIH/SIDA en Loreto y Ucayali. Los parámetros a usar se obtuvieron de los estudios realizados para la presente investigación o de fuentes secundarias como INEI, MINSA y estudios científicos. Estos parámetros sirvieron para determinar la tasa de mortalidad general y por SIDA, la supervivencia del paciente con SIDA que recibe TARGA, la prevalencia de VIH, y la protección de la circuncisión. Los resultados de la encuesta CAAP determinaron la aceptabilidad en la población usada para analizar el potencial impacto de la intervención. .

4.3.3 Descripción del Modelo de Markov usado en el estudio

El gráfico 4.1 muestra el modelo de cohorte de Markov para estimar los casos evitados por VIH y SIDA y el costo-efectividad de la circuncisión.

Gráfico 4.1. Modelo de Markov de la circuncisión



En esta figura del modelo se observan las transiciones de un estado a otro. Por ejemplo una persona sana puede quedarse en el estado sano por un tiempo (flecha curva) o pasar al estado de VIH (flecha recta), o fallecer de manera natural (flecha recta). O si está en el estado de VIH quedarse en este estado por un tiempo (flecha curva), o pasar al estado sida (flecha recta), o fallecer por otra causa (flecha recta). El paso de un estado a otro en un tiempo $t+1$, está dado por las probabilidades de transición.

4.3.4 Cálculo de probabilidades de transición del Modelo de Markov. Historia natural del VIH/SIDA

En la tabla 4.1 se muestra como se calcularán las probabilidades de transición teniendo en cuenta que son probabilidades de la historia natural del VIH/SIDA.

Tabla 4.1 Probabilidades de transición del modelo sin intervención

De	A	Probabilidad de transición
Sano	Sano	Complemento
Sano	VIH	1-exp (-tasa de prevalencia)
Sano	Muerte	1-exp (-tasa de muerte)
VIH	VIH	Complemento
VIH	SIDA	0.05
VIH	Muerte	Distribución beta inversa (α , β)
SIDA	SIDA	Complemento
SIDA	Muerte	Distribución beta inversa (α , β)
Muerte	Muerte	1

Usando las fórmulas de la tabla anterior se han estimado las probabilidades de transición en las regiones de Loreto y Ucayali. (Tablas 4.2 y 4.3).

Tabla 4.2 Estimación de las probabilidades de transición del modelo para Loreto y Ucayali en ausencia de intervención

De	A	Formula de la probabilidad de transición	Parámetros utilizados para el calculo	Probabilidad de transición
Loreto				
Sano	Sano	Complemento		0.9936664
Sano	VIH	1-exp(-tasa de prevalencia)	1-exp (-1.3 ¹³)	0.001299155
Sano	Muerte	1-exp(-tasa de muerte)	1-exp (-5.7 ¹⁴)	0.005683786
VIH	VIH	Complemento		0.9388162
VIH	SIDA		0.0555	0.0555
VIH	Muerte	1-exp(-tasa de muerte)	1-exp (-5.7 ¹⁵)	0.005683786
SIDA	SIDA	Complemento		0.9848014
SIDA	Muerte	Distribución beta inversa (α , β)	Distribución beta inversa (15,547 ¹⁶)	0.01519858
Muerte	Muerte	1		1
Ucayali				
Sano	Sano	Complemento		0.9933154
Sano	VIH	1 - exp. (-tasa de prevalencia)	1 - exp. (-1.3 ¹⁷)	0.001299155
Sano	Muerte	1 - exp. (-tasa de muerte)	1 - exp. (-5.4 ¹⁸)	0.005385446
VIH	VIH	Complemento		0.9388162
VIH	SIDA		0.0555	0.0555
VIH	Muerte	1 - exp. (-tasa de muerte)	1 - exp. (-5.4 ¹⁹)	0.005385446
SIDA	SIDA	Complemento		0.9946146
SIDA	Muerte	Distribución beta inversa (α , β)	Distribución beta inversa (15,806 ²⁰)	0.01446066
Muerte	Muerte	1		1

4.3.5 Matriz de probabilidades de transición del Modelo de Markov.

A continuación se muestra la matriz de transición para cada una de las regiones de estudio. Esta matriz resume las probabilidades de transición calculadas en las tablas anteriores y se muestran tal cual serán usadas en el Modelo de Markov.

¹³ Cárcamo CP, Campos PE, García PJ, Hughes JP, Garnett GP, Holmes KK; Peru PREVEN study team. Prevalences of sexually transmitted infections in young adults and female sex workers in Peru: a national population-based survey. *Lancet Infect Dis*. 2012 Oct; 12(10):765-73. doi: 10.1016/S1473-3099(12)70144-5. Epub 2012 Aug 8.

¹⁴ INEI. Proyecciones departamentales de la población 1995 - 2015.

¹⁵ INEI. Proyecciones departamentales de la población 1995 - 2015.

¹⁶ OGEI-MINSA. 2007.

¹⁷ Se ha tomado la misma tasa que Loreto debido a que no hay información disponible.

¹⁸ INEI. Proyecciones departamentales de la población 1995 - 2015.

¹⁹ INEI. Proyecciones departamentales de la población 1995 - 2015.

²⁰ OGEI-MINSA. 2007.

Tabla 4.3 Matriz de probabilidades de transición para Loreto y Ucayali

	Sano	VIH	SIDA	Fallecido
Loreto				
Sano	0.9936664	0.001299155	0	0.005683786
VIH	0	0.9388162	0.0555	0.005385446
SIDA	0	0	0.9848014	0.01519858
Fallecido	0	0	0	1
Ucayali				
Sano	0.9933154	0.001299155	0	0.005385446
VIH	0	0.9388162	0.0555	0.005385446
SIDA	0	0	0.9946146	0.01446066
Fallecido	0	0	0	1

4.3.6 Parámetros del modelo

- Se estima que en el primer año de la intervención serán circuncidados aproximadamente 7,862 recién nacidos masculinos en la Región Loreto y 4,077 en la Región Ucayali.
- En presencia de circuncisión el cálculo de la transición de Sano a VIH para una persona circuncidada, se determinará mediante la siguiente fórmula: $1 - \exp. (-\text{tasa de prevalencia} * 0.5)$, donde 0.5 es la protección de la circuncisión.
- En ausencia de circuncisión el cálculo de la transición de Sano a VIH para una persona no circuncidada, se determinará mediante la siguiente fórmula: $1 - \exp. (-\text{tasa de prevalencia})$
- Los costos que se tomarán en cuenta son: el costo de la circuncisión (US\$32.92), el costo de tratar a una persona infectada por VIH más e costo de tratar a una persona en estado SIDA. Para el caso de personas infectadas por el VIH se ha estimado US\$640, como costo del primer año (costo por diagnóstico y evaluación inicial), y US\$220 anual por seguimiento (carga viral y determinación de CD4). En el caso de estadios SIDA se ha estimado un costo anual de US\$2,640 , que incluye tratamiento antiviral de primera línea (US\$1,300), evaluación basal (US\$640), controles de CD4 y carga viral (US\$220), tratamiento de infecciones oportunistas y procedimientos (US\$100), costos de hospitalización (US\$200) y costos de visitas ambulatorias (US\$400). Solo se ha considerado TARGA de primera línea por tratarse de un análisis inicial.
- La Utilidad, que brinda una ponderación del estado de salud de una persona en función a su discapacidad, tiene un rango de 0 a 1. La utilidad 1 significa estar sano y no tener ningún problema de salud. La utilidad 0 corresponde al estado de fallecido. La utilidad disminuye de acuerdo a la discapacidad que la enfermedad ocasione al paciente, según la siguiente escala: Sano= 1; VIH= 0.136; SIDA en TARGA= 0.505; y Fallecido= 0
- La tasa de descuento a aplicar será de 3% a los años de vida perdidos en el futuro para estimar el valor presente neto de los años de vida perdidos. Con esta tasa de descuento, un año de vida saludable ganado en 10 años vale 24% menos que uno ganado ahora.

4.3.7 Supuestos del modelo

Se considera los siguientes supuestos:

- La edad de inicio del riesgo de infectarse por el VIH se ha considerado a partir de 14 años, cuando empiezan las relaciones sexuales.
- El riesgo de infectarse se mantiene constante durante todo el escenario de 40 años propuesto.
- La protección dada por la circuncisión se mantiene igual a 0.5.
- La tasa de natalidad se mantiene constante.
- La tasa de mortalidad se mantiene constante.

4.3.8 Resultados del impacto en salud pública

Casos de VIH y SIDA evitados: Como se observa en la siguiente tabla, en la cohorte del 2012 se han evitado 814 casos de VIH y 376 casos de SIDA en la Región Loreto.

Tabla 4.4 Casos evitados de VIH y SIDA en Loreto teniendo en cuenta el 100% de niños circuncidados en la cohorte que empieza a circuncidarse el 2012

Ciclos	Año	Intervención: Circuncisión			Intervención: Ninguna			Casos de VIH evitados Sanos	Casos de SIDA evitados VIH
		Sanos	VIH	SIDA	Sanos	VIH	SIDA		
0	2012	7862	0	0	7862	0	0		

1	2027	7812	6	0	7862	0	0	4	0
2	2028	7763	12	0	7812	10	0	8	1
3	2029	7714	17	1	7763	20	1	12	1
4	2030	7665	22	2	7714	29	2	15	1
5	2031	7616	27	3	7665	37	3	18	2
6	2032	7568	31	5	7616	45	5	21	3
7	2033	7520	35	6	7568	52	8	23	4
8	2034	7472	39	8	7520	58	10	26	5
9	2035	7425	42	10	7472	65	13	28	7
10	2036	7378	45	12	7425	70	17	31	8
11	2037	7331	48	15	7378	76	20	33	9
12	2038	7285	51	17	7331	81	24	34	11
13	2039	7239	54	20	7285	85	28	36	13
14	2040	7193	56	22	7239	90	33	37	15
15	2041	7147	58	25	7193	93	37	39	17
16	2042	7102	60	28	7147	97	42	40	19
17	2043	7057	62	31	7102	100	47	42	21
18	2044	7012	64	34	7057	104	52	42	22
19	2045	6968	65	37	7012	106	56	44	25
20	2046	6924	67	40	6968	109	62	44	27
21	2047	6880	68	43	6924	111	67	46	29
22	2048	6836	69	46	6880	114	72	47	31
23	2049	6793	70	49	6836	116	77	47	33
24	2050	6750	71	53	6793	117	82	48	35
25	2051	6707	72	56	6750	119	88	49	37
Total								814	376

Como se observa en la tabla 4.5, se ha evitado 418 casos de VIH y 206 casos de SIDA, en la Región Ucayali en la cohorte del 2012.

Tabla 4.5 Casos evitados de VIH y SIDA en Ucayali*

Ciclos	Año	Intervención: Circuncisión			Intervención: Ninguna			Casos de VIH evitados	Casos de SIDA evitados
		Sanos	VIH	SIDA	Sanos	VIH	SIDA		
0	2012	4077	0	0	4077	0	0		

1	2027	4050	3	0	4050	5	0	2	0
2	2028	4023	6	0	4023	10	0	4	0
3	2029	3996	9	1	3996	15	1	6	0
4	2030	3969	11	1	3969	19	2	8	1
5	2031	3943	14	2	3943	23	3	9	1
6	2032	3916	16	2	3916	27	4	11	2
7	2033	3890	18	3	3890	30	5	12	2
8	2034	3864	20	4	3864	33	7	13	3
9	2035	3838	22	5	3838	36	9	14	4
10	2036	3813	24	7	3813	39	11	15	4
11	2037	3787	25	8	3787	42	13	17	5
12	2038	3762	26	9	3762	44	15	18	6
13	2039	3737	28	11	3737	46	18	18	7
14	2040	3712	29	12	3712	48	20	19	8
15	2041	3687	30	14	3687	50	23	20	9
16	2042	3662	31	15	3662	52	25	21	10
17	2043	3638	32	17	3638	54	28	22	11
18	2044	3613	33	19	3613	55	31	22	12
19	2045	3589	34	20	3589	56	34	22	14
20	2046	3565	35	22	3565	58	37	23	15
21	2047	3541	35	24	3541	59	40	24	16
22	2048	3518	36	26	3518	60	43	24	17
23	2049	3494	36	28	3494	61	46	25	18
24	2050	3471	37	29	3471	61	49	24	20
25	2051	3448	37	31	3448	62	52	25	21
Total								418	206

* Teniendo en cuenta el 100% de niños circuncidados en la cohorte que empieza a circuncidarse el 2012

Casos evitados de herpes genital: Para esta estimación se siguieron los mismos pasos que para la estimación de los casos evitados de VIH/SIDA, encontrando que la circuncisión ha evitado 7,450 episodios de herpes genital en Loreto (Tabla 4.7)

Tabla 4.6 Matriz de probabilidades de transición

	Sano	Infección latente	Enfermedad
Sano	0.860708	0.139292 ²¹	0
Infección/latencia	0	0.9048374	0.09516258 ²²
Enfermedad	0	1	0

²¹ Se asume un 15% de prevalencia y se convierte esta prevalencia a probabilidad de transición. Estudios de vigilancia en población general UPCH

²² Se asume una probabilidad de 0.1 de desarrollar la enfermedad después de la infección (CDC)

Tabla 4.7 Casos evitados de infección por herpes genital y enfermedad por herpes genital*. Loreto

Ciclo	Año	Intervención: Circuncisión			Intervención: Ninguna			Episodios evitados de herpes genital
		Sano	Infección latente	Enfermedad por herpes genital	Sano	Infección latente	Enfermedad por herpes genital	
0	2012	7862	0	0	7862	0	0	

1	2027	7668	194	0	7479	383	0	53
2	2028	7479	369	14	7114	695	53	83
3	2029	7294	541	27	6767	998	97	112
4	2030	7114	709	39	6437	1286	139	140
5	2031	6938	873	51	6123	1560	179	166
6	2032	6767	1032	63	5824	1820	217	191
7	2033	6600	1188	75	5540	2068	254	213
8	2034	6437	1339	86	5270	2304	288	235
9	2035	6278	1487	97	5013	2528	321	255
10	2036	6123	1632	107	4769	2741	352	275
11	2037	5972	1772	118	4536	2944	382	292
12	2038	5824	1910	128	4315	3137	410	309
13	2039	5681	2044	138	4104	3321	437	325
14	2040	5540	2174	148	3904	3495	463	339
15	2041	5403	2301	157	3714	3661	487	353
16	2042	5270	2426	166	3533	3819	510	366
17	2043	5140	2547	175	3360	3970	532	378
18	2044	5013	2665	184	3196	4113	553	389
19	2045	4889	2780	193	3041	4249	573	399
20	2046	4769	2893	201	2892	4378	592	409
21	2047	4651	3002	209	2751	4501	610	418
22	2048	4536	3109	217	2617	4618	627	426
23	2049	4424	3213	225	2489	4729	643	434
24	2050	4315	3315	232	2368	4835	659	442
25	2051	4208	3414	240	2253	4936	674	448
Total								7450

* Teniendo en cuenta el 100% de niños circuncidados en la cohorte que empieza a circuncidarse el 2012

Casos evitados de ITS diferentes a herpes (sífilis, gonorrea, infección por clamidia): como se observa en la tabla 4.8 la circuncisión habría evitado 9,342 casos de ITS distintos a herpes en Loreto.

Tabla 4.8 Casos evitados de ITS no herpes genital*, Loreto

Ciclo	Año	Intervención: Circuncisión		Intervención: Ninguna		Episodios evitados de ITS
		Sano	ITS	Sano	ITS	
0	2012	7862	0	7862	0	

1	2027	7479	0	7114	0	242
2	2028	7114	28	6437	104	208
3	2029	6767	52	5824	184	228
4	2030	6437	75	5270	258	238
5	2031	6123	98	4769	325	248
6	2032	5824	119	4315	386	257
7	2033	5540	139	3904	440	266
8	2034	5270	158	3533	490	273
9	2035	5013	176	3196	535	281
10	2036	4769	193	2892	575	288
11	2037	4536	210	2617	612	293
12	2038	4315	225	2368	645	298
13	2039	4104	240	2143	675	303
14	2040	3904	254	1939	703	307
15	2041	3714	268	1754	727	311
16	2042	3533	280	1587	749	315
17	2043	3360	293	1436	770	317
18	2044	3196	304	1300	788	320
19	2045	3041	315	1176	804	323
20	2046	2892	326	1064	819	325
21	2047	2751	336	963	833	326
22	2048	2617	345	871	845	328
23	2049	2489	354	788	856	329
24	2050	2368	363	713	866	330
25	2051	2253	371	645	875	331
Total						9342

* Teniendo en cuenta el 100% de niños circuncidados en la cohorte que empieza a circuncidarse el 2012

PARTE 5: ANÁLISIS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Análisis y Conclusiones

Para analizar la factibilidad de un programa de CNM, hemos explorado los factores sociales, políticos, y de salud pública en las secciones anteriores del presente documento. Aunque nos hemos enfocado en la región Amazónica – específicamente Loreto y Ucayali como zonas de alto riesgo – algunas de las conclusiones tienen relevancia a nivel nacional, como es el tema de la normativa y otras consideraciones políticas. A continuación presentamos algunas conclusiones.

5.1.1 Factibilidad social en función a la aceptabilidad

El conocimiento y la práctica de la circuncisión masculina, y en particular de la circuncisión neonatal, es poco frecuente en regiones de la amazonia. La información acerca de sus beneficios respecto a la prevención de ITS y la adquisición de la infección por VIH, es nula entre las gestantes y familiares abordados en esta investigación. Este desconocimiento y falta de práctica es el resultado de la falta de programas de información y educación acerca del tema en el sistema educativo, y de la ausencia de oferta de este servicio en el sistema de salud pública.

A pesar de sus carencias de conocimiento en los temas antes señalados, la mayoría de las gestantes entrevistadas expresaron una actitud positiva hacia la circuncisión neonatal. En la percepción de las gestantes entrevistadas, las ventajas de la circuncisión neonatal masculina están asociadas a la prevención de enfermedades e infecciones de los genitales masculinos, a la higiene, a la posibilidad de poder orinar con facilidad y a evitar relaciones sexuales dolorosas. Otra ventaja mencionada fue la oportunidad, puesto que el niño no recordaría la cirugía y la herida cicatrizaría más rápidamente. Estos hallazgos son similares a los descritos por otros autores que señalan las ventajas de circuncidar a los varones a una edad más temprana (UNAIDS 2010). Se evidenció además, que informar acerca de los beneficios de CNM en prevención de transmisión del VIH contribuyó a un cambio favorable en la actitud hacia la CNM; de 77.2% ($p < 0.001$) entre las gestantes y de 69.2% ($p < 0.001$) entre los familiares (Tabla 1.8).

Por otro lado, las barreras encontradas para la realización del procedimiento incluyeron la percepción de que el bebé es vulnerable por ser pequeño y débil, el temor al dolor que podría sentir y a los efectos colaterales del acto quirúrgico (como el paro cardíaco a causa de la anestesia), percepciones producto de la ausencia de conocimiento sobre el tema.

Estos resultados nos indican que existe aceptación al procedimiento siempre y cuando se mejore el nivel de conocimiento sobre los beneficios relacionados a prevención del VIH que ésta ofrece; una intervención educativa en este tópico contrarrestaría algunas de las barreras culturales existentes para su implementación. Asimismo, las gestantes indicaron que estarían dispuestos a someter a sus hijos al procedimiento siempre y cuando éste se realice en condiciones óptimas y por un profesional de salud con experiencia. Los parientes varones de las gestantes expresaron más preocupación sobre temas de la estética del pene y la posibilidad de dolor para el niño, pero también estaban dispuestos a considerar el procedimiento para sus hijos. Estos hallazgos son similares a los reportados por Castro y colaboradores (JG Castro et al. 2010a), quienes señalan que la aceptabilidad de la

circuncisión neonatal masculina, por parte de los varones, está relacionada con el cuidado de la salud por profesionales, el conocimiento sobre el procedimiento y la higiene.

5.1.2 Factibilidad en función a la salud pública y el sistema de salud

En temas de salud pública, el análisis demuestra que de cumplirse los supuesto listados en la Parte 4, sub-sección Impacto de Salud Pública, inciso 7 y asumiendo una cobertura de 100% de CNM, luego de 40 años se evitarían 814 nuevas infecciones de VIH, incluyendo 376 casos de SIDA, entre los 7862 nacidos en el 2012 en Loreto. Se evitarían también 7450 episodios de herpes genital y 9342 casos de ITS diferentes a herpes (sífilis, gonorrea y clamidiasis). En el caso de Ucayali, se evitarían 418 nuevas infecciones de VIH, incluyendo 206 de SIDA.

Ambas regiones cuentan con una red de servicios de salud articulada en una estructura funcional con sistemas de referencia. Una gran proporción de establecimientos de salud pertenecientes a estas redes cuentan con infraestructura apropiada para procedimientos de cirugía menor, equipamiento y recursos humanos (por lo menos un médico general, una enfermera, un obstetra y técnicos de enfermería). Sin embargo, por la poca práctica en el procedimiento, la totalidad del personal entrevistado en los establecimientos de ambas regiones expresó la necesidad de capacitación en el procedimiento: Los procedimientos de circuncisión masculina se han reportado exclusivamente en los hospitales de ambas regiones, por consiguiente el poco personal con experiencia se encuentra en estos establecimientos. Puesto que la circuncisión neonatal masculina no es un servicio ofrecido en los establecimientos de salud, ningún informante refirió que exista un protocolo para aplicar el procedimiento.

Finalmente, no podemos pensar en un programa de circuncisión neonatal no terapéutica de rutina para la prevención del VIH sin pensar integralmente en un conjunto de servicios que lo acompañen con estrategias de prevención actualmente disponibles y de los efectos que el programa tendrá en los sistemas actuales, información y educación, provisión de condones, prueba y consejería voluntaria ligada al tratamiento, servicios de profilaxis pre y post exposición para gestantes y exposición laboral.

5.1.3 Factibilidad política

Un programa de CNM es factible dentro de la norma, y hay posibilidades de asignar fondos públicos y gestionar algunos fondos de la cooperación. Existe voluntad política desde el MINSA para implementar intervenciones preventivas como ha sido el caso de la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH). En este momento las autoridades regionales tienen disposición para apoyar la iniciativa, siempre y cuando se les proporcione más información, las condiciones de entrenamiento y capacitación correspondiente y la logística e infraestructura adecuadas. Asimismo, los expertos consideran que es posible llevar adelante la intervención teniendo en cuenta si es costo-efectiva e iniciándola con un piloto de implementación acompañado de una intensa campaña comunicacional.

Las evidencias recogidas a partir de esta investigación nos sugieren que en el contexto de una epidemia de VIH/SIDA concentrada en HSH y la falta de evidencia del factor preventivo de la CMN en esta población, no es oportuna en este momento la creación de un programa nacional. Sin embargo, consideramos que el servicio de circuncisión masculina debe ofrecerse en los establecimientos de salud del Estado como una medida adicional para

la prevención de la adquisición del VIH en las regiones de la Amazonia, donde existen las condiciones para que la epidemia progrese hacia la generalización. Asimismo, se debe tomar en consideración que existe un marco normativo que protege los derechos de los niños y adolescentes y que se basa en la doctrina del interés superior del niño. Por ende, cualquier procedimiento requerirá de un proceso de consentimiento de los representantes legales como resultado de la información veraz, oportuna y completa otorgada por parte de los profesionales de la salud.

Un programa de circuncisión neonatal no terapéutica de rutina demandará más recursos para infraestructura, logística y profesionales capacitados para poder ofrecer un servicio de calidad. En términos financieros y de viabilidad económica, el programa competirá por recursos con otras intervenciones de prevención, como las estrategias de información, educación y comunicación, la distribución gratuita de condones, la consejería y prueba voluntaria, y TARGA. El Estado tendrá que evaluar el impacto del programa en términos de su impacto en el número de infecciones por VIH y casos de SIDA prevenidos, tratamientos antirretrovirales evitados, e infecciones de transmisión sexual y cáncer de cuello uterino y de pene evitados, así como de otros beneficios de la circuncisión. ; y tener presente que debe ser parte de una intervención integral de promoción de la salud sexual y reproductiva. En cuanto los costos, estimamos que el costo promedio del CNM sería de \$32.92, mientras que se requeriría \$2,640 por año para tratar una persona en estadio SIDA. Estos costos servirán como insumo para para un futuro estudio de costo-efectividad de la CNM.

5.2 Recomendaciones

Basados en los hallazgos de esta investigación, planteamos las siguientes recomendaciones para incrementar las posibilidades de éxito al implementar un programa de CNM a nivel de las regiones de Loreto y Ucayali:

1. Implementar campañas de comunicación y educación sobre CNM a través de los centros y profesionales de salud mediante charlas a usuarias de servicios de control prenatal, y por radio y televisión, para incrementar la aceptabilidad en la población. (Ver la Parte 3 del documento para recomendaciones adicionales para una campaña comunicacional).
2. Identificar aliados estratégicos en coordinación con las DIRESAS y autoridades, así como de detractores que deberán ser sujeto de incidencia usando estrategias complementarias.
3. Aprovechar una serie de oportunidades para plantear la implementación y promoción del servicio como por ejemplo: el PEM-VIH, los PERM-VIH regionales, el PENRMM y el enfoque territorial en Promoción de la Salud, entre otros.
4. Tanto para incrementar la aceptabilidad en la población como para tener un buen resultado técnico, el procedimiento debe realizarse en Centros de Salud o Hospitales que cuentan con las siguientes condiciones mínimas: los servicios básicos de electricidad y agua, así como los servicios disponibles para cirugías (quirófanos o ambientes para cirugía menor o ambulatoria, disponibilidad de equipos de esterilización y suministros para la prevención de infecciones dentro de los establecimientos). Habría que atender las brechas de dos de los establecimientos evaluados que aún carecen de las condiciones para procedimientos de cirugía menor y un establecimiento que no cuenta con suministro de energía eléctrica.

5. La oferta de servicios de CNM deberían brindarse en establecimientos que atiendan mayor número de partos.
6. El equipo mínimo necesario para realizar la intervención quirúrgica consiste en: por lo menos un médico general, un obstetra, una enfermera y técnicos de enfermería. No obstante, todo este personal requeriría de entrenamiento específico en CNM, a pesar de que algunos han reportado experiencia en la misma. (Ver la sección 3 para recomendaciones para un programa de capacitación.)
7. En cada región, se debe crear un “Centro de Excelencia” en base a una demanda adecuada y la presencia de especialistas (Cirujanos pediatras, urólogos, etc.) que servirá como centro regional de capacitación en CNM (Ver la Parte 2 para recomendaciones adicionales.).
8. Respecto a la incorporación futura de la circuncisión neonatal en los planes de salud, existe consenso en que el procedimiento debe ser ofertado en forma gratuita y de manera voluntaria de manera que la población vaya haciéndola suya progresivamente conforme se muestre que es segura y eficaz.
9. Para la implementación de un programa rutinario de CNM se requeriría diseñar sistemas de abastecimiento de dispositivos (Gomco, etc.) e insumos descartables (equipo de cirugía menor, jeringas, ropa de cirugía, xilocaína, etc.).
10. Es importante que el centro de salud también ofrezca servicios de salud reproductiva y atención integral de prevención en ITS/VIH/SIDA, que incluyen consejería de reducción de riesgo, diagnóstico y tratamiento de ITS y provisión de condones. La provisión de información respecto a CNM debe ser parte de la consejería en ITS y VIH.
11. Sería necesario desarrollar protocolos para la realización de CNM y de estrategias integrales de promoción del procedimiento que cumplan con los estándares internacionales recomendados.
12. No se requiere crear una nueva norma ni eliminar una norma existente para implementar un programa de CNM. La oferta del servicio debe ser parte del paquete de atención para el recién nacido. Como programa, debe ser gratuito, incluido dentro del Seguro Integral de Salud (SIS) como parte del paquete de atención a la madre y el niño recién nacido, puesto que es una estrategia de prevención.
13. La CNM debe ser un procedimiento estrictamente voluntario, y el consentimiento informado atañe no sólo a la madre sino también a la pareja.
14. Investigaciones sobre barreras para aceptar o promover CNM tanto entre padres de familia varones como entre personal de salud, así como sobre frecuencia, determinantes y evolución de complicaciones asociadas a circuncisión son necesarias para mejorar la oferta del servicio CNM.
15. Se recomienda iniciar la intervención mediante un piloto de implementación que permita evaluar y mejorar los procesos de información y promoción del servicio, capacitación, y de oferta de servicios; así como de las herramientas de captura y reporte de información, que incluya registro del gasto realizado. A partir de allí, el programa debe extenderse progresivamente a toda la región, incorporando lecciones aprendidas.
16. Debe considerarse la conformación de un comité autónomo de vigilancia de efectos adversos. Podría estar constituida por representantes de sociedades científicas y de DIGEMID/MINSA, y se podría considerar incluir representantes de comunidades.
17. En términos de prevención, las campañas de educación deben incluir el mensaje de complementariedad del método con otras estrategias de prevención del VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

2006. Circumcision: Current practice and acceptability. *Bull World Health Organ* 84, no. 7: 510.
- Ademuyiwa, A. and C. Bode. 2009. Complications of neonatal circumcision: Avoiding common pitfalls in a common procedure. *African journal of paediatric surgery : AJPS* 6, no. 2: 3.
- Auvert, B., D. Taljaard, E. Lagarde, J. Sobngwi-Tambekou, R. Sitta and A. Puren. 2005. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of hiv infection risk: The anrs 1265 trial. *PLoS Med* 2, no. 11: e298.
- Bailey, R. 2008. Male circumcision for hiv prevention: A prospective study of complications in clinical and traditional settings in bungoma, kenya. *Bull World Health Organ* 86, no. 9: 669-77.
- Beck, J.R., J.P. Kassirer and S.G. Pauker. 1982a. A convenient approximation of life expectancy (the "deale"). I. Validation of the method. *Am J Med* 73, no. 6: 883-8.
- Beck, J.R. and S.G. Pauker. 1983. The markov process in medical prognosis. *Med Decis Making* 3, no. 4: 419-58.
- Beck, J.R., S.G. Pauker, J.E. Gottlieb, K. Klein and J.P. Kassirer. 1982b. A convenient approximation of life expectancy (the "deale"). Ii. Use in medical decision-making. *Am J Med* 73, no. 6: 889-97.
- Ben Chaim, J., P.M. Livne, J. Binyamini, B. Hardak, D. Ben-Meir and Y. Mor. 2005. Complications of circumcision in israel: A one year multicenter survey. *Isr Med Assoc J* 7, no. 6: 368-70.
- Bollinger, L., W. Decormier Plosky and J. Stover. 2009. Male circumcision: Decision makers' program planning tool, calculating the costs and impacts of a male circumcision program. Washington DC: Futures Group, Health Policy Initiative.
- Brito, M., M. Luna and R. Bailey. 2010. The feasibility and acceptability of male circumcision among men, women, and health providers of the altagracia province, dominican republic. *AIDS Care* 22, no. 12: 1530-35.
- Brito, M.O., L.M. Caso, H. Balbuena and R.C. Bailey. 2009. Acceptability of male circumcision for the prevention of hiv/aids in the dominican republic. *PLoS One* 4, no. 11: e7687.
- Buchbinder, S.P., E. Vittinghoff, P.J. Heagerty, C.L. Celum, G.R. Seage, 3rd, F.N. Judson, D. Mckirnan, K.H. Mayer and B.A. Koblin. 2005. Sexual risk, nitrite inhalant use, and lack of circumcision associated with hiv seroconversion in men who have sex with men in the united states. *J Acquir Immune Defic Syndr* 39, no. 1: 82-9.
- Burdge, R.J. and F. Vanclay. 1996. Social impact assessment: A contribution to the state of the art series In *Impact assessment*, ed. Assessment, IaFI, 59-86: Taylor Francis.
- Castro, J., D. Jones, I. Barradas, M. Lopez and S.M. Weiss. 2010a. Attitudes towards neonatal male circumcision among hispanic men and women in miami, florida. Paper presentat at the 14th International Congress on Infectious Diseases, 2010, in Miami, Florida.
- Castro, J.G., D.L. Jones, M.R. López, K. Deeb, I. Barradas and S.M. Weiss. 2010b. Acceptability of neonatal circumcision by hispanics in southern florida. *International Journal of STD & AIDS* 21, no. 8: 591-4.
- Cepal. 2010. Diagnostico sociodemográfico de los pueblos indígenas del Perú: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Fundación Ford.

- Charmaz, K. 2006. Constructing grounded theory. A practical guide through qualitative analysis. London: Sage Publications.
- Cold, C. and J. Taylor. 1999. The prepuce. 83, no. S1: 34-44.
- Coudouel, A., A.A. Dani, S. Paternostro and W. Bank. 2006. Poverty and social impact analysis of reforms Lessons and examples from implementation: World Bank Publications.
http://books.google.com/books?id=1GO_Hb2tLYsC&printsec=frontcover&dq=income+title:%EF%BF%BCPoverty+and+Social+Impact+Analysis+of+Reforms&cd=1&source=gbs_api
- Dani, A. 2003. Social analysis sourcebook: Incorporating social dimensions into bank-supported projects. In The World Bank Social Development Department. Washington, DC.
- Drummond, M.F. 2001. Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria.
- Farley, S.J. 2009. Neonatal circumcision: The controversy rages on. *Nat Clin Pract Urol* 6, no. 2: 59.
- Gee Wf and J. Ansell. 1976. Neonatal circumcision: A ten-year overview with comparison of gomco clamp and plastibell device. *PEDIATRICS* 58: 58.
- Glaser, B.G. and A.L. Strauss. 1967. The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research. New Brunswick: Aldine Transaction.
- Goodreau, S.M., L.P. Goicochea and J. Sanchez. 2005. Sexual role and transmission of hiv type 1 among men who have sex with men, in peru. *J Infect Dis* 191 Suppl 1: S147-58.
- Goodreau, S.M., J. Peinado, P. Goicochea, J. Vergara, N. Ojeda, M. Casapia, A. Ortiz, V. Zamalloa, R. Galvan and J.R. Sanchez. 2007. Role versatility among men who have sex with men in urban peru. *Journal of sex research* 44, no. 3: 233-9.
- Gray, R.H., G. Kigozi, D. Serwadda, F. Makumbi, S. Watya, F. Nalugoda, N. Kiwanuka, L.H. Moulton, M.A. Chaudhary, M.Z. Chen, N.K. Sewankambo, F. Wabwire-Mangen, M.C. Bacon, C.F. Williams, P. Opendi, S.J. Reynolds, O. Laeyendecker, T.C. Quinn and M.J. Wawer. 2007. Male circumcision for hiv prevention in men in rakai, uganda: A randomised trial. *Lancet* 369, no. 9562: 657-66.
- Green, L.W., J.W. Travis, R.G. Mcallister, K.W. Peterson, A.N. Vardanyan and A. Craig. 2010. Male circumcision and hiv prevention insufficient evidence and neglected external validity. *Am J Prev Med* 39, no. 5: 479-82.
- Gust, D.A., K. Kretsinger, Z. Gaul, S. Pals, J.D. Heffelfinger, E. Begley, R.T. Chen and P.H. Kilmarx. 2011. Acceptability of newborn circumcision to prevent hiv infection in the united states. *Sex Transm Dis* 38, no. 6: 536-42.
- Haas, G.P. 2008. To circumcise or not to circumcise: The medical debate over a religious and cultural tradition. *Can J Urol* 15, no. 3: 4043.
- Harkavy, K. 1987. The circumcision debate. *PEDIATRICS* 79: 2.
- Illinois, U.O. 2010. Obstetric guidelines: Newborn male circumcision, ed. Center, IM. Chicago, IL: Illinois Medical Center.
- Inei. 2010. Encuesta demográfica y de salud familiar. In ENDES. Lima, Peru: Instituto de Estadística e Informática.
- Kalichman, S.C. 2010. Neonatal circumcision for hiv prevention: Cost, culture, and behavioral considerations. *PLoS Med* 7, no. 1: e1000219.
- Laxminarayan R and Chow J. 2006. Intervention cost-effectiveness: Overview of main messages. In *Disease control priorities in developing countries.*, eds Jamison Dt, Breman Jg, Measham Ar, Alleyne G, Claeson M, Evans Db and Al., E. Washington DC: Oxford University Press and The World Bank.

- Mar, J., F. Antoñanzas, R. Pradas and A. Arrospide. 2010. Los modelos de markov probabilísticos en la evaluación económica de tecnologías sanitarias: Una guía práctica. *Gaceta Sanitaria* 24: 209-14.
- Misra, V. 2005. Social impact assessment methodology, 1-6.
- O'brien, T., E. Calle and W. Poole. 1995. Incidence of neonatal circumcision in atlanta, 1985–1986. *South Med J* 88: 4.
- Peltzer, K., C.I. Niang, A.S. Muula, K. Bowa, L. Okeke, H. Boiro and C. Chimbwete. 2007. Male circumcision, gender and hiv prevention in sub-saharan africa: A (social science) research agenda. *SAHARA J* 4, no. 3: 658-67.
- Plank, R.M., J. Makhema, P. Kebaabetswe, F. Hussein, C. Lesetedi, D. Halperin, B. Bassil, R. Shapiro and S. Lockman. 2010. Acceptability of infant male circumcision as part of hiv prevention and male reproductive health efforts in gaborone, botswana, and surrounding areas. *AIDS Behav* 14, no. 5: 1198-202.
- Rennie, S., A.S. Muula and D. Westreich. 2007. Male circumcision and hiv prevention: Ethical, medical and public health tradeoffs in low-income countries. *J Med Ethics* 33, no. 6: 357-61.
- Richie, J. and L. Spencer. 1994. Qualitative data analysis for applied policy research. In *Analyzing qualitative data*, eds Bryman, A and Burgess, B, 173 - 94. London: Routledge.
- Sánchez, J., V.G. Sal Y Rosas, J.P. Hughes, J.M. Baeten, J. Fuchs, S.P. Buchbinder, B.A. Koblin, M. Casapia, A. Ortiz and C. Celum. 2010. Male circumcision and risk of hiv acquisition among men who have sex with men. *AIDS*: 1.
- Service, U.S.N.M.F. and I.C.O.G.a.P.F.S.I. Assessment. 1994. Guidelines and principles for social impact assessment. http://scholar.google.com/scholar?q=related:DHe44JCh7IJ:scholar.google.com/&hl=en&num=30&as_sdt=0,5
- Sonnenberg, F.A. and J.R. Beck. 1993. Markov models in medical decision making: A practical guide. *Med Decis Making* 13, no. 4: 322-38.
- Thompson, H.C., L.R. King, E. Knox and S.B. Korones. 1975. Report of the ad hoc task force on circumcision. *Pediatrics* 56, no. 4: 610-1.
- Unaid. 2010. Neonatal and child male circumcision: A global review. 1-108.
- Vermund, S.H. and H.Z. Qian. 2008. Circumcision and hiv prevention among men who have sex with men: No final word. *JAMA* 300, no. 14: 1698-700.
- Waters, E., E. Stringer, B. Mugisa, S. Temba, K. Bowa and D. Linyama. 2012. Acceptability of neonatal male circumcision in lusaka, zambia. *AIDS Care* 24, no. 1: 12-9.
- Westercamp, N. and R.C. Bailey. 2007. Acceptability of male circumcision for prevention of hiv/aids in sub-saharan africa: A review. *AIDS Behav* 11, no. 3: 341-55.
- Who. 2008. Manual for male circumcision under local anaesthesia, ed. Organization., WH. Geneva, Swtzerland: World Health Organization.
- Who. 2009a. Male circumcision services. Quality assessment toolkit. 1-132.
- Who. 2009b. Male circumcision situation analysis toolkit. 1-104.
- Who/Unaid. 2007. Male circumcision: Global trends and determinants of prevalence, safety and acceptability, eds WHO and UNAIDS.
- Who/Unaid. 2008. Safe, voluntary, informed male circumcision and comprehensive hiv prevention 34.
- Who/Unaid. 2007a. Male circumcision for hiv prevention: Research implications for policy and programming. Who/unaid technical consultation, 6-8 march 2007. Conclusions and recommendations (excerpts). *Reprod Health Matters* 15, no. 29: 11-4.
- Who/Unaid. 2007b. Who/unaid announce recommendations about male circumcision as hiv prevention. Strategy should be employed with care. *AIDS Alert* 22, no. 6: 66-7.

ANEXOS PRODUCTO 3

ANEXO 1.1: CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS ACTITUDES, ACEPTACIÓN, CREENCIAS Y PRÁCTICAS SOBRE CIRCUNCISIÓN NEONATAL MASCULINA	2
ANEXO 1.2: CUESTIONARIO SEMI-ESTRUCTURADO DE GRUPOS DE DISCUSIÓN.....	5
ANEXO 2.1: ENCUESTAS DE INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS HUMANOS.....	7
ANEXO 2.2: ESTANDARES Y CRITERIOS RECOMENDADOS PARA LA CNM	17
ANEXO 3.1: COSTOS	24
ANEXO 3.2: COSTOS DE ENTRENAMIENTO	27
ANEXO 3.3: DISTRIBUCIÓN DETALLADA DE COSTOS DE ENTRENAMIENTO ...	29
ANEXO 4.1: ESTUDIO DE CASO: DE PROYECTO PILOTO A INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO EN EL PERÚ.....	30
ANEXO 4.2 ESTUDIO DE CASO: ORDENANZA REGIONAL NRO. 004-2010-GRL-CR: MEDIDAS REGIONALES PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A POBLACIONES VULNERABLES (GTB/HSH Y TS) FRENTE A LAS ITS Y AL VIH EN LORETO: EJEMPLO DE ACCIÓN COLECTIVA.	37
ANEXO 4.3: REUNIÓN DE EXPERTOS: CONSULTA SOBRE LA FACTIBILIDAD DE UN PROGRAMA DE CIRCUNCISIÓN EN RECIÉN NACIDOS COMO MEDIDA COMPLEMENTARIA EN PREVENCIÓN DEL VIH	45

ANEXO 1.2: Cuestionario Semi-Estructurado de Grupos de Discusión
Investigación en Prevención del VIH (variable 1 [V01])

1. ¿Qué es el VIH/SIDA?
2. ¿Qué formas de prevención del VIH/SIDA conocen o han oído hablar?

Circuncisión masculina (variable 2 [V02])

3. ¿Saben lo que es el prepucio/"pellejo"/"pellejito"/"capullo"? *Se puede explicar con una de las ilustraciones las partes de los genitales masculinos externos y señalar el prepucio específicamente.*
4. ¿Para qué creen que sirve el prepucio? ¿Cuál creen que es su función? ¿Para qué sirve?
5. ¿Qué importancia tiene el prepucio para los varones de esta localidad?
6. ¿Qué pensarían de un hombre que no tiene prepucio? *(mostrar ilustración de un pene circuncidado)*
7. ¿Cuán importante creen que es el prepucio para las mujeres?
8. ¿Creen ustedes que el prepucio tiene una función especial en la sexualidad del varón? ¿o en la manera como se hacen las relaciones sexuales?
9. ¿Qué me pueden decir ustedes acerca de "descabezar" el pene? ¿Qué se dice al respecto? ¿En qué circunstancias se descabeza el pene en los varones? En algunas otras partes les llaman "descapullar". *Dar una explicación en caso no hay reacción a la pregunta.*
10. ¿Qué me pueden decir acerca del sexo doloroso? ¿han oído ustedes hablar de esto a sus amigos, hermanos, esposos?
11. ¿Saben qué es la circuncisión masculina? *(Dejar que se manifiesten algunas opiniones y promover la discusión, luego parar y empezar la explicación de circuncisión masculina. Mostrar la ilustración y dar una explicación del procedimiento y luego explicar algunas de las razones por las cuales se hace: religión, fimosis, culturales)*
12. *Después de oír esta explicación* ¿Qué opinan de la circuncisión masculina ahora?
13. ¿Qué ventajas (beneficios) le ven ustedes a la circuncisión masculina? ¿Por qué?
14. ¿Qué desventajas (riesgos) le ven ustedes a la circuncisión masculina? ¿Por qué?
15. ¿A qué edad consideran ustedes que sería ideal hacer la circuncisión a los varones?
16. ¿Creen que la circuncisión masculina podría afectar el rendimiento sexual?

Circuncisión neonatal (variable 3 [V03])

17. *Hacer una breve explicación del procedimiento de la circuncisión neonatal masculina y hacer énfasis en la circuncisión quirúrgica y en la que usa "clamps"* ¿Qué opinión tienen acerca de la circuncisión en los niños recién nacidos?
18. ¿Cuáles creen que puedan ser las ventajas de hacer la circuncisión en el niño recién nacido?

19. ¿Cuáles creen que pueden ser las desventajas? *Si hubieran opiniones acerca de los riesgos de la circuncisión quirúrgica, hacer la explicación de la técnica de circuncisión neonatal con "clamps".*
20. *Si le ofrecieran el servicio de circuncisión neonatal en el establecimiento de salud* ¿Con quién consultarían la decisión de hacer la circuncisión a su niño recién nacido?
21. *(Proporcionar una explicación sobre la lógica de la circuncisión masculina para la prevención de la adquisición del VIH y otros beneficios)* ¿Qué opinarían Uds. si les dijera que la circuncisión masculina podría disminuir el riesgo de contraer VIH, disminuir las infecciones urinarias, prevenir el cáncer de pene, entre otros?
22. Basados en las razones que les acaban de explicar ¿le haría la circuncisión a su niño al momento de nacer?
23. ¿Cuáles son las condiciones que deberían existir en el establecimiento de salud para que ustedes permitan circuncidar a sus hijos al momento de nacer? ¿quién debería realizar la circuncisión: médico, enfermera, obstetrix?
24. ¿A los cuantos días de nacido creen ustedes que debería hacerse la circuncisión en el niño recién nacido?
25. *Si las madres dieran a luz en sus casas* ¿creen ustedes que deberían llevar a sus niños a ser circuncidados en el establecimiento de salud?
26. ¿Quién debería tomar la decisión de circuncidar a los niños recién nacidos? ¿padre? ¿madre? ¿ambos? ¿el médico/enfermera? ¿suegro/suegra? ¿abuelo/a?
27. ¿Cuáles serían los requisitos mínimos para que usted decida hacer la circuncisión a su niño recién nacido?
28. Si el servicio se ofreciera en los establecimientos de salud ¿cuánto debería costar?
29. ¿Cuántos estarían ustedes dispuestos a pagar por un procedimiento de circuncisión neonatal?
30. ¿Recomendaría ustedes la circuncisión de sus niños recién nacidos a otros padres?

Motivar la participación (variable 4 [V04])

31. ¿Cómo podríamos informar a otros padres sobre la circuncisión del recién nacido?
32. ¿Qué tipo de información deberíamos brindar para que los padres hagan circuncidar a sus niños recién nacidos?
33. ¿Dónde se deberían anunciar estos mensajes? ¿a través de qué medios?
34. ¿Qué tendrían que decir los mensajes para atraer a los padres hagan circuncidar a sus niños?
35. ¿Creen que la circuncisión neonatal debe ser una política, una recomendación para la prevención del VIH en el país?

ANEXO: 2.1 Encuestas de Infraestructura y Recursos Humanos**ENCUESTA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
PARA APLICAR AL RESPONSABLE DEL ESTABLECIMIENTO****DATOS DE CONTROL**

(Circular o marcar la alternativa que considere)

C001 Número de identificación del cuestionario: _____
(poner M al final del código si la entrevistada es "mujer" y H si es "hombre")C002 Región: Loreto UcayaliC003 Ciudad: Iquitos Pucallpa

C004 Provincia		C005 Distrito	
----------------	--	---------------	--

C006 Tipo de establecimiento: CC SS MINSA Hospital MINSA FFAA ES SALUD Clínica Privada Otro
Especificar) _____C007 NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____
_____C008 ENTREVISTADOR: Código [____|____] Nombre: _____

C009 FECHA DE LA ENCUESTA: ____/____/2011

C0010 NOMBRE DEL INFORMANTE _____

Visita del entrevistador

	Visita 1	Visita 2	Visita 3
Fecha			
Entrevistador			
Resultado			

*Códigos del resultado: 1 Finalizado; 2 Entrevistado no disponible; 3 Se negó; 4 Parcialmente finalizado; 5 Otras*Explicar "Otras": _____

REVISADO POR EL SUPERVISOR: Firma: _____ Fecha: _____



INTRODUCCION

Mi nombre es: _____ . Yo trabajo para la Asociación Civil Selva Amazónica que tiene su sede en Iquitos, y estamos entrevistando a los responsables de establecimientos de salud de Loreto y Ucayali para conocer las condiciones de infraestructura, recursos humanos y servicios que cuenta el establecimiento para evaluar la factibilidad de la implementación de la Circuncisión Neonatal.

I. ¿Desearía participar en esta entrevista?

Si (continuar con la encuesta)

la. ¿Se le ha entrevistado o ha participado en un grupo de discusión en las últimas semanas [u otro período de tiempo apropiado] para este estudio?

No

Ib. ¿Nos podría indicar la razón por la cual no desea participar en esta entrevista?

1. DATOS SOBRE LA DEMANDA

No.	Preguntas y filtros	Categorías de codificación	Pasar a
D101	Aproximadamente cuánto es la población atendida en el establecimiento por día?	Indicar _____	
D102	¿Cuál es el promedio de gestantes por día que acuden a los siguientes servicios?	Control pre natal _ _ _ _ Hospitalización _ _ _ _ No sabe 8 No hay respuesta 9	
D103	¿Qué proporción de las gestantes atendidas en el establecimiento son de las siguientes religiones?	Católica _ _ 1 Evangelista _ _ 2 Adventista _ _ 3 otro especificar _____ 4 No sabe 8 No hay respuesta 9	
D104	¿Qué proporción de las gestantes atendidas en el establecimiento son de las siguientes razas o etnias?	Mestizo _ _ 1 Blanco _ _ 2 Negro _ _ 3 indígena _ _ 4 Especificar _____ 8 No hay respuesta 9	

2. SOBRE SALUBRIDAD

No.	Preguntas y filtros	Categorías de codificación	Pasar a
E201	¿Este establecimiento cuenta con energía eléctrica confiable? Se entiende por Confiable a un servicio seguro y de garantía	SI 1 NO 2	→E203
E202	Indique la fuente o fuentes de energía eléctrica	Conectado a la red pública 1 Generador electrónico 2 Otro: especificar _____ 3	
E203	¿Este establecimiento cuenta con un adecuado suministro adecuado de agua? Se entiende por Adecuado a un servicio permanente y seguro	Si 1 No 2	→E205
E204	Indique la fuente o fuentes de agua	Conectado a la red pública 1 Otro: especificar _____ 2	
E205	Este establecimiento cuenta con servicio básico de cirugía? Se entiende por Básico al servicio	Si 1 No 2	→E207

	que responde las necesidades del establecimiento.		
E206	Indique el tipo de servicio	<p>Quirófano 1</p> <p>De cirugía menor o ambulatoria 2</p> <p>Equipo quirúrgico de emergencia 3</p> <p>no hay respuesta 9</p>	
E207	¿El establecimiento cuenta con equipo de esterilización en buen estado, indique cuál?	<p>Autoclave 1</p> <p>olla a presión 2</p> <p>otros medios _____ 3</p> <p>no hay respuesta 9</p>	
E208	<p>¿El establecimiento cuenta con suministros adecuados para la prevención de infecciones dentro del establecimiento, indique cuál?</p> <p>Se entiende por adecuado: Cloro, guantes y sistema de eliminación de residuos.</p>	<p>Cloro Si 1 No 2</p> <p>Guantes Si 1 No 2</p> <p>Eliminación de residuos Si 1 No 2</p> <p>Otros medios Si 1 No 2</p> <p>Especifique:</p> <p>No hay respuesta 9</p>	

3. RECURSOS HUMANOS Y SERVICIOS

No.	Preguntas y filtros	Categorías de codificación	Pasar a
V301	¿Cuánto personal de salud trabaja en este establecimiento?	<p>Medico general [] [] 1</p> <p>Pediatra [] [] 2</p> <p>Cirujano [] [] 3</p> <p>Otras especialidades [] [] 4</p> <p>Obstetras [] [] 5</p> <p>Enfermeras [] [] 6</p> <p>Técnicas de enfermería [] [] 7</p> <p>Otro especificar _____ 10</p> <p>No sabe 8</p> <p>No hay respuesta 9</p>	
V302	En los últimos 12 meses, cuántos de los siguientes procedimientos se realizaron en este establecimiento,	<p>Cesárea [] [] 1</p> <p>Cualquier tipo de cirugía menor [] [] 2</p> <p>Vasectomía o ligadura De trompas [] [] 3</p> <p>Circuncisiones [] [] 4</p> <p>No sabe 8</p> <p>No hay respuesta 9</p>	
V303	¿Ofrece el establecimiento el servicio de planificación familiar?	<p>Si 1</p> <p>No 2</p> <p>No sabe 8</p> <p>No hay respuesta 9</p>	

V304	¿Este establecimiento ofrece servicios para las personas con infecciones de transmisión sexual?	Si 1 No 2 No sabe 8 No hay respuesta 9	}V306
V305	¿Este servicio es especializado en ITS, es decir es una UAMP o CERITS	Si 1 No 2 No sabe 8 No hay respuesta 9	
V306	¿En este establecimiento se realizan pruebas del VIH?	Si 1 No 2 No sabe 8	}V308
V307	¿Cuántas pruebas de VIH se realizaron en los últimos 12 meses?	[] [] [] 1 No sabe 8 No sabe 8 No hay respuesta 9	
V308	Brinda el establecimiento consejería para VIH?	Si 1 No 2 No sabe 8 No hay respuesta 9	
V309	¿El establecimiento proporciona condones gratuitamente?	Si 1 No 2 No sabe 8	

4. CIRCUNCISION MASCULINA

No.	Preguntas y filtros	Categorías de codificación	Pasar a
C401	¿En este establecimiento de salud realizan la circuncisión neonatal?	Si 1 No 2 No sabe 9	}Fin de Formato
C402	¿Cuántas Circuncisiones neonatales se han realizado en los últimos 12 meses?	Especifique_____ 1 No sabe 8 No hay respuesta 9	
C403	¿Cuántas circuncisiones neonatales se realizaron en los últimos 12 meses en cada uno de los siguientes grupos?	<1 mes [] [] 1 de 1 mes a 1 año [] [] 2 de 1 a 9 años [] [] 3 10 a 19 años [] [] 4 de 19 a + años [] [] 5	
C404	Indique en porcentaje las razones o indicaciones por el cual los padres realizaron la circuncisión a su hijo	Indicación Médica [] [] 1 Práctica religiosa [] [] 2 Práctica Cultural [] [] 3 Preferencias Personal [] [] 4 otras razones [] [] 5 No Sabe 8	
C405	¿Qué tipo de consejería rutinariamente reciben los padres para circuncisión de su neonato como parte del procedimiento? NO LEA LA LISTA HAGA UN CÍRCULO ALREDEDOR DE TODOS LOS QUE SE MENCIONEN.	sobre el procedimiento 1 sobre los riesgos y beneficios 2 sobre el VIH y de prevención de ITS 3 sobre los cuidados postoperatorio 4 sobre la reducción del riesgo de VIH 5 sobre la reanudación de la actividad sexual 6 temas de salud reproductiva masculina 7 Otras razones, especificar _____ 8 No Hay Respuesta 9	
C406	¿Quién proporciona esta consejería?	Médicos 1 Enfermeras 2 Otro especificar _____ 3 No sabe 8	

Éste es el final de nuestro cuestionario. Muchas gracias por tomarse el tiempo para responder a estas preguntas. Le agradecemos su ayuda.

ENTREVISTA A PROFESIONALES DE LA SALUD

ENTREVISTA 1

INTRODUCCION

Mi nombre es: _____ . Yo trabajo para la Asociación Civil Selva Amazónica que tiene su sede en Iquitos, y estamos entrevistando a los profesionales de la salud de establecimientos de salud de Loreto y Ucayali para A nosotros nos gustaría conocer sus experiencias con la circuncisión neonatal (si las hay) y sus opiniones acerca de proporcionar la circuncisión neonatal (CN) en su región.

*Por favor responda las preguntas de la forma más honesta y sincera posible.
No usaremos su nombre o referencias personales cuando reportemos los resultados.
Siéntase libre de negarse a responde cualquier pregunta, pero apreciamos que sus respuesta sean veraces.*

I. ¿Desearía participar en esta entrevista?

Sí (continuar con la encuesta)

la. ¿Se le ha entrevistado o ha participado en un grupo de discusión en las últimas semanas [u otro período de tiempo apropiado] para este estudio?

Consentimiento:

Aplicación y lectura del formato de consentimiento informado Consentimiento Informado Verbal.

(Firma del entrevistador certificando que el entrevistado ha dado su consentimiento verbalmente)

No

lb. ¿Nos podría indicar la razón por la cual no desea participar en esta entrevista?

DATOS DE CONTROL

C001 Número de identificación del entrevistador: _____
(poner M al final del código si la entrevistada es "mujer" y H si es "hombre")

C002 Región: Loreto Ucayali

C003 Ciudad: Iquitos Pucallpa

C004 Provincia		C005 Distrito	
----------------	--	---------------	--

C006 Tipo de establecimiento: CC SS MINSA Hospital MINSA

FFAA ES SALUD Clínica Privada Otro

Especificar) _____

C007 NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD _____

C008 ENTREVISTADOR: Código [____|____] Nombre: _____

C009 FECHA DE LA ENCUESTA: ____/____/ 2011

C0010 NOMBRE DEL ENTREVISTADO _____

Visita del entrevistador

	Visita 1	Visita 2	Visita 3
Fecha			
Entrevistador			
Resultado			

Códigos del resultado: 1 Finalizado; 2 Entrevistado no disponible; 3 Se negó; 4 Parcialmente finalizado; 5 Otras

Explicar "Otras": _____

REVISADO POR EL SUPERVISOR: Firma: _____ Fecha: _____

1. DATOS SOBRE LA DEMANDA

No.	Preguntas y filtros	Categorías de codificación	Pasar a
D101	¿Cuál es su profesión?	Médico general <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 1 Pediatra <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 2 Cirujano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3 Otras especialidades <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 4 Obstetras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5 Enfermeras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 6 Otro especificar _____ 10 No sabe 8 No hay respuesta 9	
D102	¿Tiene grado de especialista?	SI 1 Especificar _____ NO 2	
D103	¿En qué tipo de organización trabaja usted?	Para el Estado 1 Para la Iglesia 2 Privado 3 Otros Especificar _____ 4	
D104	¿Alguna vez ha realizado una Circuncisión Neonatal (CN)?	SI 1 NO 2	
D105	¿Alguna vez asistió en una CN?	SI 1 NO 2	→ Fin de formato
D106	¿Cuál fue su rol o roles?	Asistiendo durante el procedimiento 1 Preparación y cuidado en el Pre o post operatorio 2 Consejero 3 Otros Especificar _____ 4	
D107	Aproximadamente cuántas circuncisiones ha realizado o asistido en total?	Especificar _____	
D108	En los últimos 12 meses, ha realizado o asistido en alguna CN?	SI 1 NO 2	→ D113
D109	¿Cuántas circuncisiones ha realizado o asistido en los últimos 12 meses?	Especificar _____ 1	
D110	¿Cuántas fueron realizados en el establecimiento de salud	Especificar _____ 1	
D111	En los últimos 12 meses, ha realizado o asistido alguna CN fuera de su establecimiento de salud?	SI 1 NO 2	→ D115
D112	¿Dónde fue realizado o asistido?	En otro establecimiento de salud pública 1 En una clínica privada 2 Otros Especificar _____ 3	
D113	Ha recibido capacitación para realizar la CN?	SI 1	

		NO 2	
D114	¿Cree usted que para realizar una circuncisión se necesita formación complementaria?	SI 1 NO 2	→ D118
D115	¿Qué tipo formación cree usted que debería recibir? Circule todas las que considere	Teórica (conferencias o de lectura) 1 Entrenamiento en la Práctica clínica (es decir realizar una CM) 2 Diagnostico y tratamiento de ITS 3 Prevención de infecciones 4 Consejería 5 Otros Especificar _____ 6	
D116	En su opinión, la circuncisión da ventajas a un hombre?	SI 1 NO 2 No Tiene Ninguna Diferencia 3	
D117	Marque lo que considere sobre la circuncisión masculina? 1: SI 2: NO 3: NO SABE	Ayuda a mejorar la higiene: 1 / 2 /3 Reduce el riesgo de ITS: 1 / 2 /3 Reduce el riesgo de infección por VIH: 1/2/3 Previene por completo la infección por VIH: 1 / 2 /3 Aumenta el riesgo de infección por VIH: 1 / 2 /3 Reduce el riesgo de cáncer de pene: 1 / 2 /3 Aumenta el placer sexual: 1 / 2 /3 Reduce el placer: 1 / 2 /3 Los que están circuncidados son más promiscuos: 1 / 2 /3 Las mujeres prefieren a los hombres que están circuncidados: 1 / 2 /3	
D118	Ha visto o realizado circuncisiones que haya tenido complicaciones o efectos adversos?	SI 1 NO 2	→ Fin de formato
D119	Cuál o cuáles fueron los principales complicaciones o efectos adversos, puede marcar más de una opción	Sangrado en exceso 1 Infección 2 Desfiguramiento/mala cicatrización 3 Impotencia 4 Otros Especificar _____ 5	

Éste es el final de nuestro cuestionario. Muchas gracias por tomarse el tiempo para responder a estas preguntas. Le agradecemos su ayuda.

ANEXO 2.2: Estándares y criterios recomendados para la CNM

Llenar cuidadosamente cada una de las preguntas y marcar el puntaje conveniente que puede ser 0,1 ó 2.

Clave del puntaje

0 = No, el elemento no reúne el criterio

1 = Si, algunos de los elementos están en su lugar, pero la pregunta no es satisfecha totalmente.

2 = Si, el elemento reúne totalmente el criterio.

Estándar 1: Un manejo efectivo del sistema es establecido para supervisar la provisión de circuncisión neonatal.					
Criterio 1.1. Las políticas de derechos de salud están disponibles y son conocidas.					
Preguntas	Puntaje			Observaciones ¿Por qué dio usted este Puntaje?	Acciones Qué se necesita hacer?
	0	1	2		
A.1.1.1: Hay políticas de salud disponibles sobre confidencialidad, privacidad y consentimiento informado?					
A.1.1.2: El personal conoce las políticas de confidencialidad, privacidad y consentimiento informado?					
A.1.1.3: Los pacientes conocen las políticas de confidencialidad, privacidad y consentimiento informado?					
Criterio 1.2. Los roles y responsabilidades del personal están claramente establecidos					
Preguntas	Puntaje			Observaciones ¿Por qué dio usted este Puntaje?	Acciones Qué se necesita hacer?
	0	1	2		
A.1.2.1: Existe la descripción del trabajo para que el personal realice el servicio de CN?					
A.1.2.2: El personal conoce sus roles y responsabilidades?					
A.1.2.3: El personal es evaluado por lo menos anualmente?					
A.1.2.4: En el establecimiento de salud realiza un proceso de supervisión continua?					
Criterio 1.3. Los servicios son proporcionados de una manera eficiente y organizada.					
Preguntas	Puntaje			Observaciones ¿Por qué dio usted este Puntaje?	Acciones Qué se necesita hacer?
	0	1	2		
A.1.3.1: Esta el personal capacitado para cumplir las necesidades de: • Consejería a pacientes? • Realizar cirugía mayor? • Realizar cirugía menor? • Control de infección?					
A.1.3.2: Hay un proceso para programar citas?					
A.1.3.3: Hay un proceso para planificar					

el uso efectivo de consultorio, tópico o sala de operaciones?					
Criterio 1.4. El establecimiento cuenta con un sistema para mejorar continuamente la calidad y seguridad del servicio.					
Preguntas	Puntaje			Observaciones	Observaciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
A.1.4.1: El establecimiento tiene un sistema para recibir y conducir la retroalimentación de los pacientes?					
A.1.4.2: Existe un equipo de mejora de la calidad la cual incluye todas las categorías del personal?					
A.1.4.3: El equipo de mejora de la calidad se reúne regularmente?					
A.1.4.4: El equipo revisa calidad y seguridad de la información e implementa acciones para mejorar el servicio?					

Standard 2. El establecimiento cuenta con las medicinas, suministros, equipamiento y ambientes para proveer segura circuncisión CN.

Criterio 2.1. Medicinas esenciales requeridas para proporcionar servicio de circuncisión están disponibles.

Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
B.2.1.1: El establecimiento cuenta con antibióticos de amplio espectro para infecciones post-operatorias? (Ver listado)					
B.2.1.2: El establecimiento cuenta con medicinas para el control del dolor? (Ver listado)					
B.2.1.3: El establecimiento cuenta con anestésicos locales? (Ver listado)					
B.2.1.4: Están todas las medicinas almacenada y dispensadas dentro su fecha de expiración?					
B.2.1.5: Están las medicinas almacenadas de acuerdo a temperatura y luz recomendadas?					
B.2.1.6: Se utiliza un sistema de inventario de medicinas?					

Criterio 2.2. Los suministros y el equipamiento necesario están disponibles para realizar cirugías

Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
B.2.2.1: Se utiliza un sistema de inventario					

para asegurar que los suministros que no son de emergencia estén disponibles?					
B.2.2.2: Se utiliza un sistema para asegurar que el equipamiento que no es de emergencia esta funcionando?					
B.2.2.3: Los suministros para realizar la CN se encuentran disponibles?					
B.2.2.4: Se cuenta con un inventario para los suministros que son reusables?					
B.2.2.5: Están los Kit de VIH almacenados de acuerdo a las instrucciones del fabricante?					
Criterio 2.3. El equipamiento de emergencia, suministros y medicamentos están disponibles.					
Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
B.2.3.1: Están las guías y protocolos de resucitación en emergencia rápidamente disponibles en los ambientes de operaciones?					
B.2.3.2: Están los suministros/equipamiento y medicinas para resucitación de emergencia fácilmente accesibles?					
B.2.3.3: Hay un sistema para verificación y mantenimiento de los equipos/suministros y medicinas de emergencia?					
Criterio 2.4. Los suministros y equipamiento para prevención de infecciones son rápidamente disponibles.					
Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
B.2.4.1: Hay lavatorio, agua corriente y toallas no reusables disponibles en todos los ambientes de consejería para que el personal se lave las manos?					
B.2.4.2: Hay toallas descartables y jabón disponible para el lavado de manos después de usar el baño?					
B.2.4.3: Están disponibles lentes de plástico, mandiles y guantes estériles y no estériles?					
B.2.4.4: Están disponibles y no más del 2/3 de llenos contenedores para disposición de agujas?					
B.2.4.5: Están los recipientes para residuos médicos disponible, rotulados y con tapa?					
B.2.4.6: Están disponibles los medicamentos esenciales para profilaxis post-exposición (PEP)?					

Criterio 2.5. El ambiente es adecuado para llevar adelante las actividades requerida.					
Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
B.2.5.1: Tiene el área de espera adecuada ventilación y suficiente luz, espacio y sillas?					
B.2.5.2: Los ambientes de consulta/examen y prueba del VIH tienen adecuada ventilación, suficiente luz y espacio?					
B.2.5.3: Los ambientes de consejería, consulta/examen y prueba del VIH aseguran privacidad?					
B.2.5.4: Hay un ambiente designado para realizar los procedimientos de CN?					
B.2.5.5: Las salas de operaciones, consultorios o tópicos (donde se realiza la CN) tiene control de temperatura visible, ventilación y suficiente luz y espacio?					
B.2.5.6: El área de cuidados post-operatorio tiene control de la temperatura visible y suficiente luz y espacio?					
B.2.5.7: Están los ambientes para aplicar los procedimientos de CN (sala de operaciones, consultorio o tópico) equipados con una mesa y un piso hecho de materiales que son fáciles de lavar y desinfectar?					
B.2.5.8: Hay un área para realizar el lavado quirúrgico de las manos?					
B.2.5.9: El diseño de los ambientes, utilizados para realizar la CN, permite un efectivo flujo de tanto pacientes como clínicos?					
B.2.5.10: Están los baños disponibles para el personal y pacientes en buenas condiciones higiénicas?					
B.2.5.11: Están las medidas de seguridad para incendios colocados en su lugar?					
B.2.5.12: Están las diferentes áreas para proveer servicios claramente señalizadas?					
B.2.5.13: Está el establecimiento limpio en general?					

Estándar 3: Proveedores son competentes y están calificados.					
Criterio 3.1. El establecimiento tiene un proceso para asegurar que todo el personal tiene las apropiadas calificaciones y competencias para la tarea asignada de CN.					
Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?

C.3.1.1: Hay un proceso para determinar si los clínicos tienen calificaciones/licencia/registro validas para la práctica médica?					
C.3.1.2: Hay un proceso para verificar las competencias de todo el personal contratado para el servicio de circuncisión neonatal?					
Criterio 3.2. Hay una evaluación periódica de las competencias del staff.					
Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
C.3.2.1: La competencia del personal para proveer consejería como una parte del servicio de circuncisión neonatal es evaluada rutinariamente o periódicamente?					
C.3.2.2: La competencia y las habilidades del personal para hacer historias clínicas como parte del servicio de CN es evaluada periódicamente?					
C.3.2.3: Es evaluada periódicamente la competencia del personal para realizar el examen físico como parte del servicio de CN?					
C.3.2.4: Es evaluada periódicamente las competencias del personal para realizar el procedimiento o cirugía como parte del servicio de CN?					
Criterio 3.3. El entrenamiento y educación continua en servicio son proporcionados para apoyar al personal para que cumpla con sus responsabilidades					
Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
C.3.3.1: El año anterior se ha realizado una evaluación de las necesidades de entrenamiento para que el personal provea el servicio de CN?					
C.3.3.2: Hay un plan de desarrollo y entrenamiento del personal que provee el servicio de CN?					
C.3.3.3: Ha sido implementado el plan de desarrollo y entrenamiento del personal?					
C.3.3.4: Ha sido evaluada la efectividad de las actividades de entrenamiento?					
Estándar 4: Los padres son provistos con información y educación para prevención del VIH y CN.					
Criterio 4.1. Información sobre CN, ITS y prevención del VIH es proporcionada a los padres.					
Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones

	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
D.4.1.1: Son los padres provistos con información y educación acerca de CN lo cual incluye lo siguiente? • Riesgo y beneficios • Procedimientos • Naturaleza protectora parcial, requiriendo mantener otras estrategias preventivas del VIH					
Criterio 4.2. Apropiado reforzamiento y materiales educativos son proporcionados.					
Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
D.4.2.1: Son los padres de los recién nacidos provistos con materiales impresos que ellos pueden llevarlos para reforzar la información verbal de circuncisión neonatal, ITS y prevención del VIH ?					
Criterio 4.3. El consentimiento informado es obtenido de los pacientes					
Preguntas	Puntaje			Observaciones	Acciones
	0	1	2	¿Por que dio usted este Puntaje?	¿Qué se necesita hacer?
D.4.3.1: Hay un proceso para verificar que los padres/tutores del recién nacido han entendido el procedimiento de CN y los potenciales riesgos y complicaciones antes de firmar el consentimiento informado?					
D.4.3.2: Hay un consentimiento informado formal en las historias de los pacientes?					

Definición del Estándar para realizar CNM

CNM CONVENCIONAL	CNM KIT
1.- Recursos Humanos	1.- Recursos Humanos
<ul style="list-style-type: none"> - Médico (01) - Enfermera (01) 	<ul style="list-style-type: none"> - Médico (01) - Enfermera (01)
2.- Materiales e insumos reusables	2.- Materiales e insumos reusables
<ul style="list-style-type: none"> - Mango de bisturí - Instrumentos de cirugía menor - Equipo de ropa quirúrgica estéril (gorras, máscara, mandiles, botas) - Campos quirúrgico estéril 	<ul style="list-style-type: none"> - Mango de bisturí - Instrumentos de cirugía menor (pinza hemostática, tijeras, pinza) - Equipo de ropa quirúrgica estéril (gorras, máscara, mandiles, botas) - Campos quirúrgico estéril. - Kit seleccionado: Gomco, Mogen
3.- Materiales e insumos descartables	3.- Materiales e insumos descartables
<ul style="list-style-type: none"> - Jeringa tuberculina - Jeringas 5, 10, 20 - Gasas - Guantes quirúrgicos (4 pares) - Hoja de bisturí nº 10 	<ul style="list-style-type: none"> - Jeringa tuberculina - Jeringas 5, 10, 20 - Gasas - Guantes quirúrgicos (4 pares) - Hoja de bisturí nº 10 - Kit seleccionado: Plastibell, Tara klamp
4.- Medicamento	4.- Medicamento
<ul style="list-style-type: none"> - Xilocaina 2% sin epinefrina - Desinfectantes (Alcohol, Yodopolividona) - Analgésicos (Paracetamol jarabe) - Antibióticos 	<ul style="list-style-type: none"> - Xilocaina 2% sin epinefrina - Desinfectantes (Alcohol, Yodopolividona) - Analgésicos (Paracetamol jarabe) - Antibióticos
5.- Infraestructura y equipos	5.- Infraestructura
<ul style="list-style-type: none"> - Sala de cirugía menor o quirófano - Camilla - Coche de curación - Lámpara cuello de ganso - Esterilizador 	<ul style="list-style-type: none"> - Sala de cirugía menor o quirófano - Camilla - Coche de curación - Lámpara cuello de ganso - Esterilizador

ANEXO 3.1: Costos

Share of Facility Time Devoted to Circumcision

Essential cells that should be completed

Default data cells that can be changed if information is available

Facility

Number of in-patient days per year	6,508				
Number of out-patient visits per year	6,508				
Equivalency ratio	4.6				
Equivalent cases	36,468				
Number of total circumcision cases per year	6508	91%			
Number of adult circumcision cases per year	0				
Number of neonatal circumcision cases per year	6508				
Facility circumcision share	14.95%	Adult	%	Neonatal	%
Number of normal (adult/neonatal) circumcisions per year	97.3%	-	100%	6,330	97%
Number of complications (hemorrhage) per year		0	2.2%	89	0.3%
Number of complications (sepsis) per year		0	6.3%	89	0.3%

Cost Inputs—Personnel

Essential cells that should be completed

Default data cells that can be changed if information is available

CLINICAL STAFF SALARY

Personnel Type	Salary per Year	Benefits per Year	Salary (incl. Benefits) per Year	In-Service Training	Salary + In-Service Training	Hours Worked per Week	Weeks Worked per Year	Cost per Hour Worked
Counselor	\$6,799	\$680	\$7,478	\$748	\$8,226	40	48	\$4.28
Surgical nurse	\$6,799	\$680	\$7,478	\$748	\$8,226	40	48	\$4.28
Physician	\$13,925	\$1,392	\$15,317	\$1,532	\$16,849	36	48	\$9.75

Direct Costs—Drugs & Supplies

Essential cells that should be completed

Default data cells that can be changed if information is available

Intervention	Description of treatment line	Percent of intervened receiving this line at Facility	Number	Times per day	Days per case/ episode	Treatment units per case/ episode	Unit cost	Cost per case or episode	Average cost per patient at Facility
CONSUMABLES									
Neonatal Circumcision									
Neonatal Circumcision	Gloves, surgeons, sterile disposable, pair	100%	2	1	1	2	\$0.54	\$1.08	\$1.08
Neonatal Circumcision	Surgical Mask	100%	2	1	1	2	\$1.80	\$3.60	\$3.60
Neonatal Circumcision	Surgical cap (disposable)	100%	2	1	1	2	\$2.88	\$5.76	\$5.76
Neonatal Circumcision	Povidone antiseptic solution	100%	1	1	1	1	\$0.09	\$0.09	\$0.09
Neonatal Circumcision	Lignocaine 2%, injection 20ml	100%	20	1	1	20	\$0.09	\$1.80	\$1.80
Neonatal Circumcision	Needle 21 guage	100%	2	1	1	2	\$0.11	\$0.22	\$0.22
Neonatal Circumcision	Syringe, 10ml, disposable	100%	2	1	1	2	\$0.18	\$0.36	\$0.36
Neonatal Circumcision	Paracetamol, syrup	100%	1	1	2	2	\$0.50	\$1.00	\$1.00
Post-Circumcision - Normal									
Post-Circumcision - Normal	Gloves, examination, non-sterile, disposable, pair	100%	1	1	1	1	\$0.04	\$0.04	\$0.04
Post-Circumcision - Normal	Povidone antiseptic solution	100%	1	1	1	1	\$0.090	\$0.09	\$0.09
Post-Circumcision - Normal	Gauze pad, sterile, 12ply 76x76mm	100%	10	1	1	10	\$0.23	\$2.34	\$2.34
Complication - Hemorrhage									
Complication - Hemorrhage	Gloves, surgeons, sterile disposable, pair	100%	1	1	1	1	\$0.54	\$0.54	\$0.54
Complication - Hemorrhage	Surgical Mask	100%	1	1	1	1	\$1.80	\$1.80	\$1.80
Complication - Hemorrhage	Surgical cap (disposable)	100%	1	1	1	1	\$2.88	\$2.88	\$2.88
Complication - Hemorrhage	Povidone antiseptic solution	100%	1	1	1	1	\$0.09	\$0.09	\$0.09
Complication - Hemorrhage	Gauze pad, sterile, 12ply 76x76mm	100%	4	1	1	4	\$0.23	\$0.94	\$0.94
Complication - Hemorrhage	Needle 21 guage	100%	1	1	1	1	\$0.11	\$0.11	\$0.11
Complication - Sepsis									
Complication - Sepsis	Povidone antiseptic solution	100%	2	1	1	2	\$0.09	\$0.18	\$0.18
Complication - Sepsis	Gauze pad, sterile, 12ply 76x76mm	100%	1	1	1	1	\$0.23	\$0.23	\$0.23
Complication - Sepsis	Elastoplast/Dermoplast 25mm/9m	100%	1	1	1	1	\$0.54	\$0.54	\$0.54
Complication - Sepsis	Cloxacillin, 500mg	20%	1	3	7	4.2	\$2.34	\$9.82	\$1.96
NON-CONSUMABLE SUPPLIES									
Circumcision									
Circumcision	Surgical gown	100%	2	1	1	2	\$14.39	\$28.78	\$28.78
Circumcision	Stretch pants medium	100%	2	1	1	2	\$14.39	\$28.78	\$28.78
Circumcision	Shoe covers	100%	2	1	1	2	\$4.32	\$8.63	\$8.63
Circumcision	Sterile drape (linen drapes)	100%	1	1	1	1	\$7.19	\$7.19	\$7.19
Complication - Hemorrhage									
Complication - Hemorrhage	Surgical cap (disposable)	100%	2	1	1	2	\$2.88	\$5.76	\$5.76
Complication - Hemorrhage	Shoe covers	100%	2	1	1	2	\$4.32	\$8.63	\$8.63
Complication - Hemorrhage	Sterile drape (linen drapes)	100%	2	1	1	2	\$7.19	\$14.39	\$14.39
Circumcision Surgical Tray									
Circumcision Surgical Tray	Gallipot	100%	1	1	1	1	\$35.00	\$35.00	\$35.00
Circumcision Surgical Tray	Sponge holding forceps 18cm	100%	1	1	1	1	\$9.53	\$9.53	\$9.53
Circumcision Surgical Tray	Bistouri scalpel blade holder #4	100%	1	1	1	1	\$20.84	\$20.84	\$20.84
Circumcision Surgical Tray	Straight mosquito artery forceps small	100%	1	1	1	1	\$53.26	\$53.26	\$53.26
Circumcision Surgical Tray	Curved mosquito artery forceps small	100%	1	1	1	1	\$53.97	\$53.97	\$53.97
Circumcision Surgical Tray	ForcepsN/H mayo hager 14-16cm	100%	1	1	1	1	\$47.48	\$47.48	\$47.48
Circumcision Surgical Tray	XAdson fine non-toothed dissecting forceps	100%	1	1	1	1	\$17.27	\$17.27	\$17.27
Circumcision Surgical Tray	Surgical scissors BL ST	100%	1	1	1	1	\$32.01	\$32.01	\$32.01
Circumcision Surgical Tray	Mayo scissors	100%	1	1	1	1	\$51.68	\$51.68	\$51.68
Circumcision Surgical Tray	Dissecting tray and lid	100%	1	1	1	1	\$19.78	\$19.78	\$19.78
Emergency Tray									
Emergency Tray	Solu Cortef 100mg/2ml	100%	1	1	1	1	\$2.70	\$2.70	\$2.70
Emergency Tray	XAdrenaline 1mg/2ml	100%	1	1	1	1	\$0.72	\$0.72	\$0.72
Emergency Tray	Atropine 1mg/ml	100%	1	1	1	1	\$0.72	\$0.72	\$0.72
Emergency Tray	Diazepam 10mg/2ml	100%	1	1	1	1	\$0.36	\$0.36	\$0.36
Emergency Tray	IV canula (Jelo radiopaque) 18 guage	100%	1	1	1	1	\$0.90	\$0.90	\$0.90
Emergency Tray	Solution administration set	100%	1	1	1	1	\$3.78	\$3.78	\$3.78
Emergency Tray	Sodium Chloride 0.9% 1L	100%	1	1	1	1	\$3.06	\$3.06	\$3.06

Cost Inputs—Drugs & Supplies

Essential cells that should be completed

Default data cells that can be changed if information is available

Drug or Supply, form, strength	Pack Price (local currency)	Pack Price (in US\$)	Units per Pack	Unit Cost
Cloxacillin, 500mg	6.50	\$2.34	1	\$2.34
Elastoplast/Dermaplast 25mm/9m	7.50	\$2.70	5	\$0.54
Gauze pad, sterile, 12ply 76x76mm	65.00	\$23.38	100	\$0.23
Gloves, surgeons, sterile disposable, pair	1.50	\$0.54	1	\$0.54
Gloves, examination, non-sterile, disposable, pair	20.00	\$7.19	200	\$0.04
Lignocaine 2%, injection 20ml	5.00	\$1.80	20	\$0.09
Needle 21 guage	0.30	\$0.11	1	\$0.11
Surgical Mask	5.00	\$1.80	1	\$1.80
Paracetamol, tablets 500mg	3.00	\$1.08	1	\$1.08
Paracetamol, syrup	3.00		1	\$0.50
Povidone antiseptic solution	30.00	\$10.79	120	\$0.090
Surgical cap (disposable)	8.00	\$2.88	1	\$2.88
Syringe, 10ml, disposable	0.50	\$0.18	1	\$0.18
Non-consumable supplies				
Surgical gown	40.00	\$14.39	1	\$14.39
Stretch pants medium	40.00	\$14.39	1	\$14.39
Shoe covers	12.00	\$4.32	1	\$4.32
Sterile drape (linen drapes)	20.00	\$7.19	1	\$7.19
Circumcision surgical tray				
Gallipot	97.30	\$35.00	1	\$35.00
Sponge holding forceps 18cm	26.50	\$9.53	1	\$9.53
Bistouri scalpel blade holder #4	57.93	\$20.84	1	\$20.84
Straight mosquito artery forceps small	148.06	\$53.26	1	\$53.26
Curved mosquito artery forceps small	150.03	\$53.97	1	\$53.97
ForcepsN/H mayo hager 14-16cm	132.00	\$47.48	1	\$47.48
XAdson fine non-toothed dissecting forceps	48.00	\$17.27	1	\$17.27
Surgical scissors BL ST	89.00	\$32.01	1	\$32.01
Mayo scissors	143.66	\$51.68	1	\$51.68
Dissecting tray and lid	54.98	\$19.78	1	\$19.78
Emergency Tray				
Solu Cortef 100mg/2ml	7.50	\$2.70	1	\$2.70
XAdrenaline 1mg/2ml	2.00	\$0.72	1	\$0.72
Atropine 1mg/ml	2.00	\$0.72	1	\$0.72
Diazepam 10mg/2ml	1.00	\$0.36	1	\$0.36
IV canula (Jelo radiopaque) 18 guage	2.50	\$0.90	1	\$0.90
Solution administration set	10.50	\$3.78	1	\$3.78
Sodium Chloride 0.9% 1L	8.50	\$3.06	1	\$3.06

ANEXO 3.2: Costos de Entrenamiento**Direct Cost—Training**

Essential cells that should be completed

Default data cells that can be changed if information is available

Training of surgical staff	
Number of training days (doctors)	7
Number of training days (nurses)	7
Number of doctors to be trained	1
Number of nurses to be trained	1
Number of staff days (doctors)	7
Number of staff days (nurses)	7
Cost of workshop	
Cost per person per training day	\$32
Number of training days	14
subtotal	\$450
Cost of staff time (included in salary costs)	
Training time already included in salary cost?	Yes
Hours of doctors time	56
Hours of nurses time	56
Cost of doctors staff time	\$0
Cost of nurses staff time	\$0
subtotal	\$0
Total	\$450

Annual Training Costs	\$450
Contribution of Training Costs to Unit Cost	\$0.07

Essential cells that should be completed

Default data cells that can be changed if information is available

Hospital

Capital Cost	Amortization period (years)	Estimated construction cost/ purchasing price	Male Circumcision Share	Annualized depreciation
Autoclave	5	\$16,187	14.95%	\$483.99
CAPITAL COSTS PER FACILITY		\$16,187		\$484

Contribution of Capital Cost to Unit Cost	\$0.07
---	---------------

Indirect Cost—Overheads

Essential cells that should be completed

Default data cells that can be changed if information is available

MAINTENANCE AND UTILITY COSTS

Staff category	Annual cost (percent of new value)	Costs	Facility	
			Male Circumcision Share	Estimated cost
Building Maintenance Cost	100%	\$113,957	14.95%	\$17,037
Utilities Cost	100%	\$113,957	14.95%	\$17,037
MAINTENANCE AND UTILITY COSTS PER FACILITY				\$34,073
Contribution of Maintenance and Utility Cost to Unit cost				\$5.2

SUPPORT PERSONNEL

Staff category	Salary per year	Benefits per Year	Facility			
			Salary (incl. Benefits) per Year	Required FTE per facility	Male Circumcision Share	Labor costs
Senior pharmacy technician	\$7,468	\$747	\$8,214	0.25	14.95%	\$307
Pharmacy technician	\$4,014	\$401	\$4,416	0.25	14.95%	\$165
Assistant HR officer	\$4,014	\$401	\$4,416	0.25	14.95%	\$165
Hospital assistant	\$4,014	\$401	\$4,416	0.25	14.95%	\$165
Office assistant	\$4,014	\$401	\$4,416	0.25	14.95%	\$165
TOTAL SUPPORT SALARY COSTS PER FACILITY						\$967
Contribution of Salary Cost to Unit cost						\$0.1

MANAGEMENT/SUPERVISION COSTS

Staff category	Salary per year	Benefits per Year	Hospital			
			Salary (incl. Benefits) per Year	Required FTE per facility	Male Circumcision Share	Labour costs
District Hospital Administrator	\$13,925	\$1,393	\$15,318	1	14.95%	\$2,290
Health Inspector	\$6,799	\$680	\$7,479	2	14.95%	\$2,236
Expenses travel (Assistant Health Inspector)	\$2,450	\$245	\$2,695	3	14.95%	\$1,209
SUBTOTAL						\$5,735
SUPERVISION COST PER FACILITY						\$5,735
Contribution of Supervision Cost to Unit Cost						\$0.88

ANEXO 3.3: Distribución Detallada de Costos de Entrenamiento

Taller Iquitos I – Entrenamiento en Teórico	Días/Veces	Personas	Costo Unitario \$	Total \$
Viáticos(alojamiento, alimentación y movilidad)	7	2	64.74	906.36
Pasaje aéreo Lima/Iquitos/Lima	1	2	142.09	284.18
Pasaje aéreo Tarapoto/Iquitos/Tarapoto	1	3	118.7	356.10
Pasajes terrestres y Fluvial	1	18	17.99	323.82
Viáticos(Alojamiento, alimentación y movilidad)	2	18	64.74	2330.64
Movilidad local	2	34	3.6	244.80
Alquiler de Local	2	1	179.85	359.70
Refrigerios	2	52	10.79	1122.16
Materiales	1	52	10.79	561.08
Coordinaciones	1	3	35.96	107.88
				6,596.72

649.25

Taller Iquitos II - Sensibilización de entrenamiento	Días /Veces	Personas	Costo Unitario \$	Total \$
Pasajes terrestres y Fluvial	1	12	17.99	215.88
Viáticos(Alojamiento, alimentación y movilidad)	5	12	64.74	3884.40
Movilidad local	5	34	3.6	612.00
				4712.28

Taller Pucallpa I – Entrenamiento en Teórico	Días/Veces	Personas	Costo Unitario (\$)	Total \$
Viáticos(alojamiento, alimentación y movilidad)Tuto	7	2	64.75	906.50
Pasaje aéreo Lima/Pucallpa/Lima	1	2	118.7	237.40
Pasajes terrestres y Fluvial	1	12	17.99	215.88
Viáticos(Alojamiento, alimentación y movilidad)	2	12	64.74	1553.76
Movilidad local	2	28	3.6	201.60
Alquiler de Local	2	1	179.84	359.68
Refrigerios	2	40	10.79	863.20
Materiales	1	40	10.79	431.60
Coordinaciones	1	3	35.96	107.88
				4877.50

Taller Pucallpa II - Sensibilización de entrenamiento	Días /Veces	Personas	Costo Unitario \$	Total \$
Pasajes terrestres y Fluvial	1	8	17.99	143.92
Viáticos(Alojamiento, alimentación y movilidad)	5	12	64.75	3885.00
Movilidad local	5	28	3.6	504.00
				4532.92

Total Costo de entrenamiento del personal de salud 20,719.42

Datos Generales

T.C.	2.78	Costo Total \$	20,719.42
Dias Taller	7	Costo por día \$	2,959.92
Total Participantes	92	Costo unit. Por día x part.	32.17

Profesionales de la Salud a entrenarse	Costo unitario \$	Nro. Dias a entrenarse	Frecuencia	Costo de Entrenamiento x cada CNM \$
Médicos	32.17	7.00	1	225
Enfermeras	32.17	7.00	1	225
Costo total de entrenamiento de profesionales para el programa CNM				450
Número de casos de CNM al año				6,508
Costo unitario de entrenamiento por CNM				0.07