

Relación entre el gasto de salud materno neonatal y la cobertura de los indicadores en el distrito de Trujillo 2008 -2012

Haydeé Florián Plasencia¹, Violeta Claros Aguilar ²

¹Centro de Salud Buen Pastor (Minsa); haydeedezab@hotmail.com

²Universidad Nacional de Trujillo; violetaclaros@hotmail.com

Recibido: 30-12-2014

Aceptado: 13-01-2015

RESUMEN

Los indicadores materno neonatales constituyen el pilar fundamental de la salud materno neonatal por ende obtenemos el nuevo ser en buen estado de salud, en todas sus esferas potencialmente desarrolladas con rigurosos cuidados prenatales y post natales; la salud materna y el presupuesto con lleva a grandes disparidades en nuestro país, lo cual se traduce en inequidades poco vulnerables. La presente investigación tuvo como propósito principal determinar qué relación existe entre el gasto y la cobertura de ejecución en los indicadores salud materna neonatal en el Distrito de Trujillo 2008 – 2012 Asimismo, el mayor componente de la mortalidad perinatal es la mortalidad neonatal, 60% de las muertes perinatales se producen en el primer mes de vida; estos problemas regionales y distritales son importantes, principalmente en la persistencia de indicadores inaceptablemente elevados en poblaciones rurales, en etnias originarias, y aquellas con niveles menores de ingresos y educación por eso es de trascendental importancia este trabajo de investigación doctoral que tiene como título relación entre el gasto de salud materno neonatal y la cobertura de indicadores sanitarios en el Distrito de Trujillo 2008-2012. . El material estuvo constituido por los documentos de gestión Reporte de Seguimiento de Ejecución Financiera y Ejecución de Metas Físicas (MEF) 2008-2012. El método utilizado fue el método inductivo hermenéutico. Los resultados son presentados en tablas de frecuencia de una entrada con sus valores absolutos, para determinar la relación y correlación se utilizó el análisis de regresión lineal y el coeficiente de correlación Pearson y con un nivel de significancia del 5%. De esta manera obtenemos la conclusión final que solo existe 3 indicadores positivos que son planificación familiar, parto institucional, control post parto.

Palabras clave: Relación del gasto, cobertura de indicadores materno neonatales.

ABSTRACT

Neonatal maternal indicators constitute the mainstay of health maternal neonatal therefore get the new being in good health, in all its potentially developed areas with stringent prenatal and post natal; maternal health and budget with leads to great disparities in our country, which translates into little vulnerable inequities. This research had as main purpose to determine what is the relationship between spending and coverage of implementation indicators neonatal maternal health in the District of Trujillo 2008-2012 also, the major component of perinatal mortality is neonatal mortality, 60 per cent of perinatal deaths occur in the first month of life; These regional and district issues are important, mainly in the persistence of indicators unacceptably high in rural populations in native ethnic groups, and those with lower levels of income and education that is of transcendental importance this work of doctoral research which has as its title relationship between maternal and neonatal health spending and coverage of health indicators in the District of Trujillo 2008-2012. The material was constituted by documents of management follow-up report of financial execution and implementation of physical targets (MEF) 2008-2012. The method used was the hermeneutic inductive method. The results are presented in an input frequency tables with their absolute values, to determine the relationship and correlation analysis of linear regression and coefficient of Pearson correlation and with a significance level of 5% were used. In this way we obtain the final conclusion that there is only 3 positive indicators that are family planning, institutional delivery and control post partum.

Keywords: Relationship of spending, coverage of neonatal maternal indicators.

I. INTRODUCCIÓN

El conocimiento de la mortalidad perinatal es un hecho de gran importancia, porque nos proporciona una imagen del nivel de desarrollo y calidad de salud de los pueblos. Además, permite medir el estado de salud del nuevo ser durante los dos últimos meses de vida intrauterina y los primeros 6 días de vida extrauterina.

La mortalidad perinatal en el Perú no ha disminuido en forma significativa y las brechas con los países desarrollados están aumentando. Asimismo, el mayor componente de la mortalidad infantil es la mortalidad neonatal, el 60% de las muertes infantiles se producen en el primer mes de vida.

Estos problemas a nivel de distrito, son importantes, principalmente en la persistencia de indicadores inaceptablemente elevados en poblaciones rurales, en etnias originarias, y aquellas con niveles menores de ingresos y educación.

La mortalidad perinatal es un indicador que permite evaluar la calidad de la atención materna e infantil en un sistema de salud institucional, regional y nacional, a través de sus diferentes niveles de atención médica, identificando los factores contribuyentes y ubicando desde un punto de vista general, la salud de una población. El país ha alcanzado importantes avances en materia de salud y de desarrollo social, pero prevalecen serios rezagos en este campo, lo cual representa un horizonte de oportunidades en la lucha por alcanzar mejores condiciones de salud, particularmente para las mujeres y la población infantil.

AbouZahr C, and Royston E. *Maternal Mortality: A Global Factbook*, World Health Organization, Geneva (1991), En países subdesarrollados como el nuestro, la mortalidad materna es 100 veces más alta que en los países desarrollados, y esto afecta principalmente a las mujeres pobres, y más vulnerables. Estos índices de mortalidad demuestran la poca capacidad de negociación y autodeterminación de las mujeres, asimismo, ponen en evidencia las diferencias existentes entre las zonas rurales y urbanas, ya que la posibilidad de morir en zonas rurales es mucho mayor que en las zonas urbanas.

Considerando los indicadores de salud materno-infantil son el reflejo de la salud y la calidad de vida de los países y es fundamental que la mortalidad perinatal no ha disminuido en forma significativa y las brechas con los países desarrollados están aumentando. Acosta y cols, (2000), Almeida-Filho y cols, (2003).

El resultado en la salud materno-infantil regional se observan en los quintiles de menores ingresos; enfrentamiento y la disminución de la brecha en salud para los quintiles extremos han tenido resultados positivos en algunos países de la región.

Schneider y cols, (2002), Astorga y cols, (2005), González y cols, (2006). El mayor acceso a niveles superiores de educación y la mayor inversión en la salud pública con programas específicos para los sectores más vulnerables, son los factores comunes para los países con mejores resultados como sucede en Chile, Costa Rica y Cuba.

La salud materno-infantil sigue siendo uno de los temas más preocupantes en el Perú de este nuevo siglo, y en la región la libertad, los indicadores no alcanzaron mayores cifras significativas en los diferentes años, por lo tanto es de vital importancia realizar el estudio en aras de mejorar los indicadores de salud materna de la región la Libertad.

El conocimiento de la problemática de la salud sobre los indicadores sanitarios en salud materno neonatal en la Región La Libertad constituye una gran disparidad en coberturas logradas debido a diferentes tipos de problemáticas y en algunos casos insuficiente presupuesto otorgado por el ministerio de economía para coberturar dichos indicadores, asimismo teniendo el conocimiento de altas tasas de mortalidad materna en nuestra región ha sido relevante llevar a cabo el presente estudio que tiene como objetivo general determinar qué relación existe entre el gasto y la cobertura de ejecución en los indicadores salud materna neonatal en el Distrito de Trujillo 2008 - 2012. Por lo que hemos planteado el siguiente problema de investigación **Relación entre el gasto de salud materno neonatal y la cobertura de los indicadores en el distrito de Trujillo.**

Hipótesis:

Existe una relación entre el gasto de salud y la cobertura de ejecutada de los indicadores de salud materna neonatal.

II. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1 Objeto de estudio: El objeto de estudio está constituido por el gasto de salud materno neonatal y la cobertura de los indicadores en el distrito de Trujillo 2008 -2012.

2.2 Materiales:

Informes de gestión de presupuestos área materno neonatal Red Trujillo.

Informes de gestión sobre indicadores materno neonatal, control prenatal, control post parto, planificación familiar parto institucional, atención neonatal.

2.3 Métodos y Técnicas

El método que se utilizó para analizar la información documental tanto presupuestal como la cobertura de indicadores lograda se hizo por medio del método sintético y analítico porque nos permitió analizar, los presupuestos de la área materno neonatal de cinco años (2008-2012) y relacionar si este presupuesto indicadores de salud materno tuvo una cobertura optima en relación a los años de estudio, además se utilizó el método inductivo hermenéutico para la interpretación de los resultados y poder determinar la discusión por medio del método inductivo porque se analizó partiendo de estudios específicos de salud Materno Neonatal, comparando con otras realidades y para determinar las conclusiones de dicho estudio se utilizó el método deductivo y generar un nuevo conocimiento científico.

2.4 Técnica

Se utilizó la técnica de revisión por medio de la investigación documental de la información de base de datos de los años (2008 – 2012) de área de presupuestos y los indicadores Salud Materno Neonata, l atención, parto institucional atención neonatal, planificación familiar, control prenatal (2008 – 2012). Los resultados son presentados en tablas de frecuencia de una entrada con sus valores absolutos, para determinar la relación y correlación se utilizó el análisis de regresión lineal y el coeficiente de correlación Pearson y con un nivel de significancia del 5%.

III. RESULTADOS

TABLA N° 1

RELACIÓN DEL GASTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL INDICADOR CONTROL PRENATAL EN EL DISTRITO DE TRUJILLO 2008 - 2012

Gasto anual	% Ejecución		
<i>X</i>	<i>Y</i>		
30890	55,07	$B_0 =$	53,4961876
68840	50,2	$B_1 =$	-0,0000010
1781146	28	$R =$	-0,0734078
2993821	52,7	$P =$	0,907
1596710	74,6		

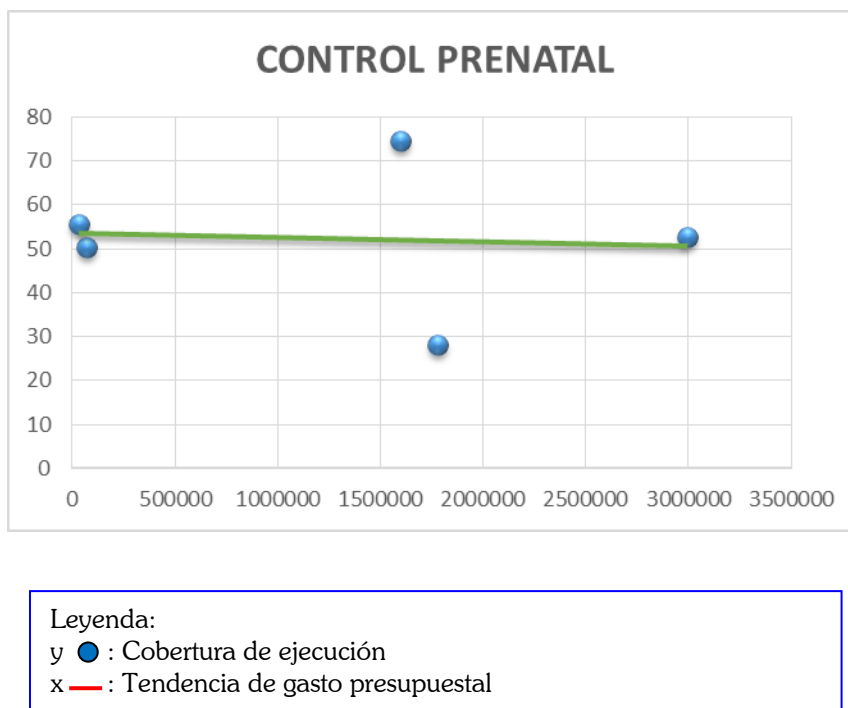


Fig. N° 1: RELACIÓN DEL GASTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN INDICADOR CONTROL PRENATAL

TABLA N° 2

RELACIÓN DEL GASTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL INDICADOR PARTO INSTITUCIONAL EN EL DISTRITO DE TRUJILLO 2008 - 2012.

Gasto anual	% Ejecución		
<i>X</i>	<i>Y</i>		
28060	45,5	$B_0 =$	40,9295077
27820	47,2	$B_1 =$	0,0000075
800000	42,2	$R =$	0,8516501
1653348	42,2	$P =$	0,067
3996177	76,5		

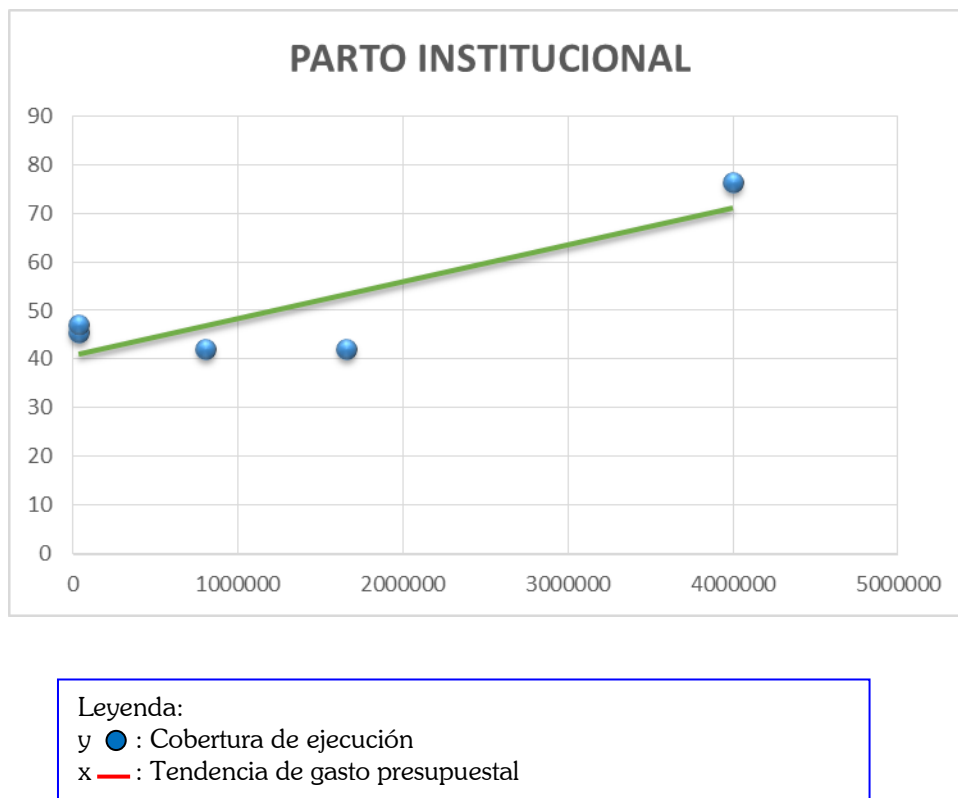


Fig. 2: RELACIÓN DEL GASTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL INDICADOR PARTO INSTITUCIONAL

TABLA N° 3

RELACIÓN DEL GASTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL INDICADOR PLANIFICACION FAMILIAR EN EL DISTRITO DE TRUJILLO 2008 - 2012

Gasto anual	% Ejecución		
<i>X</i>	<i>Y</i>		
18840	45	$B_0 =$	51,7017197
633674	58,7	$B_1 =$	0,0000090
290644	48	$R =$	0,7587425
1825253	89,5	$P =$	0,137
3996177	78,2		

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

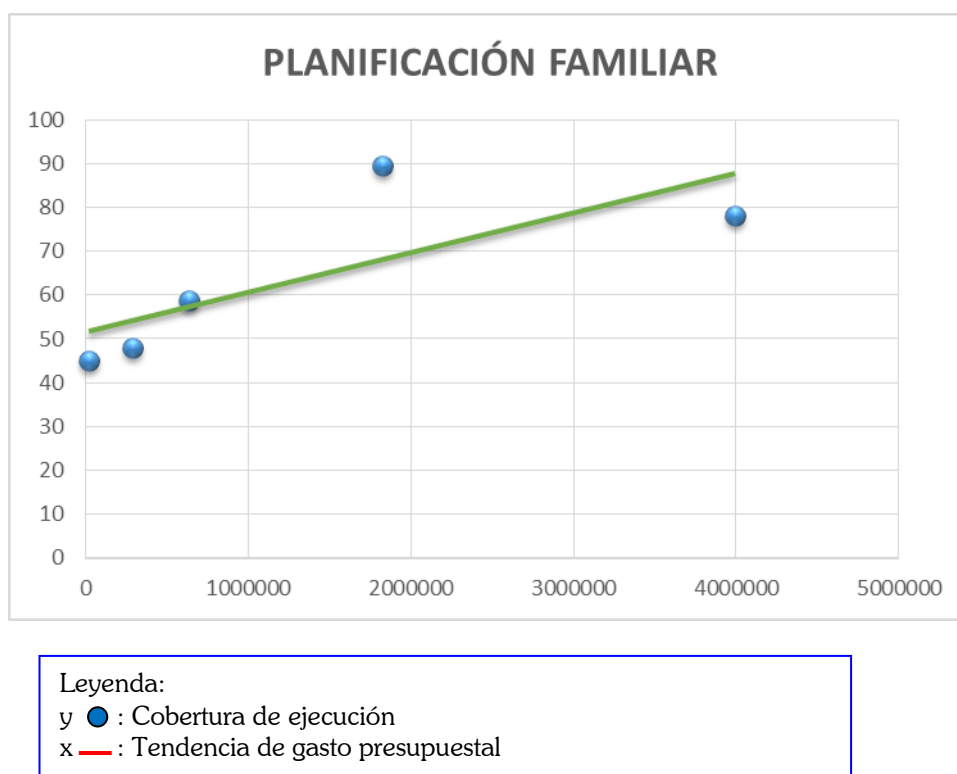


Fig. 3: RELACIÓN DEL GASTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL INDICADOR PLANIFICACIÓN FAMILIAR

TABLA N° 4

RELACIÓN DEL GASTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL INDICADOR ATENCIÓN NEONATAL EN EL DISTRITO DE TRUJILLO 2008 - 2012

Gasto anual % Ejecución

<i>X</i>	<i>Y</i>
25778	42
27820	50
783729	33
4530600	40
1296815	50,6

$B_0 = 44,2869631$
 $B_1 = -0,0000009$
 $R = -0,2220534$
 $P = 0,72$

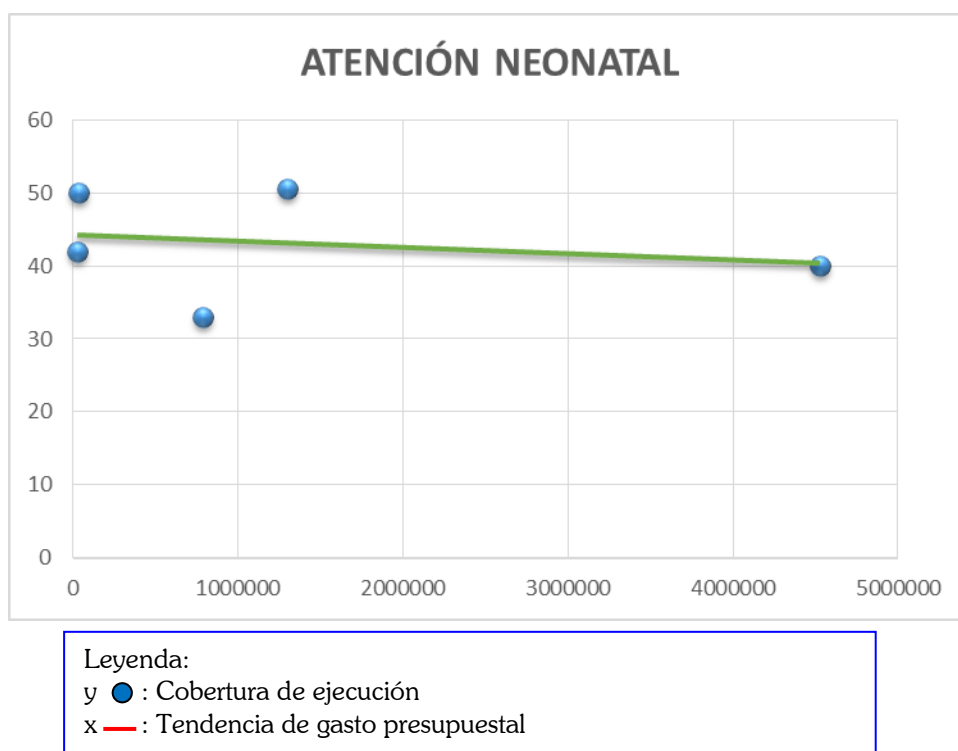


Fig. 4: RELACIÓN DEL GASTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL INDICADOR ATENCIÓN NEONATAL

TABLA N° 5

RELACIÓN DEL GASTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL INDICADOR PUERPERIO EN EL DISTRITO DE TRUJILLO 2008 - 2012

Gasto anual	% Ejecución		
<i>X</i>	<i>Y</i>		
28060	43,5	$B_0 =$	40,2997228
36533	47,2	$B_1 =$	0,0000085
1781468	40	$R =$	0,8291698
1653348	52,7	$P =$	0,083
3996177	81,6		

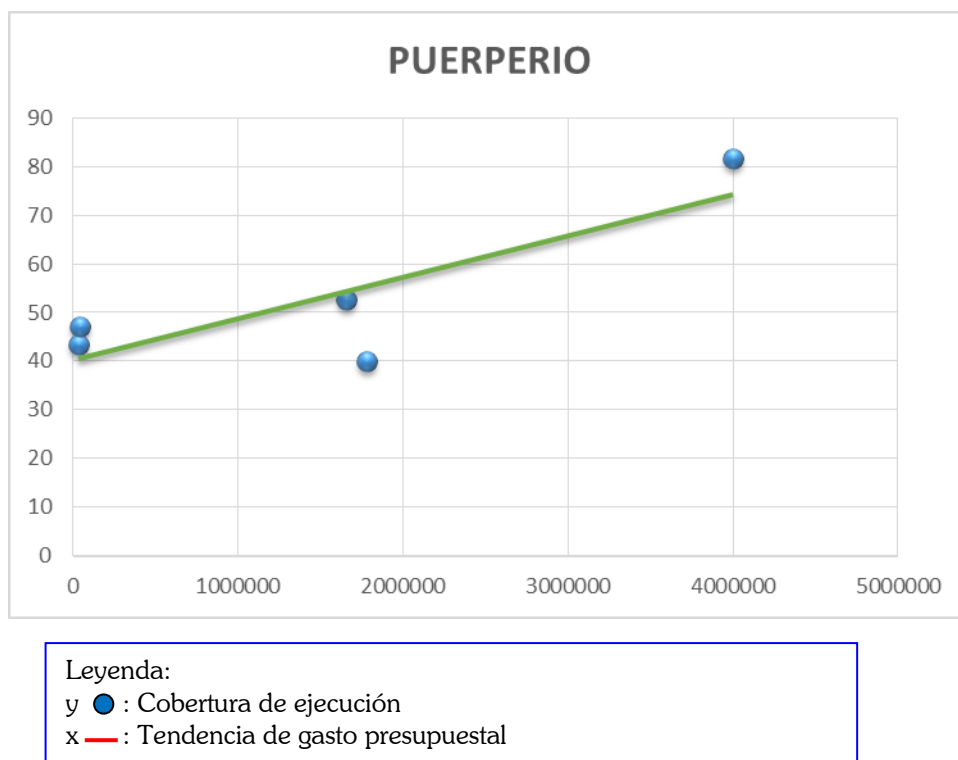


Fig. 5: RELACIÓN DEL GASTO Y PORCENTAJE DE EJECUCIÓN DEL INDICADOR PUERPERIO

IV. DISCUSIÓN

El conocimiento de la problemática de la salud sobre los indicadores sanitarios en salud materna neonatal en el Distrito de Trujillo constituye una gran disparidad en coberturas logradas asimismo en este estudio se encontró en la Tabla Número 2, que corresponde al control prenatal, se observa que no hay relación del gasto y porcentaje de ejecución en el indicador control prenatal y su relación es casi nula y no significativa. Debido a diferentes factores como la organización de los servicios de salud y competencia de recurso humano y otros factores como el abastecimiento y distribución de insumos esto quiere decir que influye moderadamente el presupuesto otorgado por el ministerio de economía. La mortalidad materno neonatal es un indicador de desarrollo que genera calidad de vida, en el Perú y Bolivia se consideran como tasas muy altas.

Según estudios realizados en Bolivia los indicadores materno neonatales específicamente en control prenatal alcanzaron el 70% pero debido a una buena organización de los servicios que brindan control prenatal; 77%, puerperio y 12%, planificación familiar. El 35% estos indicadores son similares a nuestro país y distritos de nuestra región es decir Bolivia tiene una cobertura más amplia en sus procesos de atención.

Bolivia designa para el gasto en salud un PBI de 4,8%, similar a Perú que es el 4% y de esto solo designa solo el 2% esto es relativamente bajo comparando con otros países como Estados Unidos asigna el 18% de PBI, Panamá el 8,1%; es así como en nuestro país y distrito de nuestra región se originan graves problemas en la salud materno neonatal porque no hay una distribución de gastos presupuestales a nivel de ministerio lo cual está relacionado con una limitada distribución de recurso humanos en las diferentes establecimientos de nuestro distrito; dentro de otros factores tiene que ver también con la capacitación de este recurso humano, distribución de insumos que pueda llegar a

las regiones y ser distribuidas a nivel de distritos en aras de vulnerar la inequidades y mejorar los indicadores materno neonatales.

En la Tabla Número 3 que corresponde a la atención parto institucional encontramos que la correlación es buena y positiva no es significativa, esto quiere decir que si existe una relación con aumento del presupuesto para mejorar este indicador. Según Endes 2008 atención del parto es alta, porque 77% de mujeres asisten a sus controles prenatales, mientras que en el área rural este porcentaje desciende a 58%. Asimismo, según la misma fuente la atención del parto por medico se ha incrementado a 66% a nivel nacional, lo que constituye un parto institucional ,entonces el presupuesto tiene que ver con la creación de casas maternas para que el parto sea institucional aunque, es preciso destacar que los porcentajes en el área rural son más bajos (42%) porque en esta zona no hay mucha accesibilidad y el parto termina en domicilio es por eso que este indicador demuestra que la correlación es positiva con el aumento de presupuestos para la creación de casas maternas y recurso humano capacitado. En el 2000, el 53% de las muertes maternas se produjo en domicilio, aunque no menos relevante fue que el 37% de estas ocurrieron en los servicios de salud. La mayoría de las muertes maternas pueden ser evitadas: se calcula que 7 de cada 10 muertes de mujeres podrían ser evitadas con la asistencia en un servicio de salud con atención calificada del parto ¹⁰.

En la Tabla Número 4 observamos que la correlación es buena en planificación familiar y positiva pero no están significativa. Esto quiere decir que el presupuesto de este indicador si ayudo a mejorar moderadamente dicho indicador y a proteger a más parejas protegidas a través de los años lo cual es una estrategia para disminuir la mortalidad materno perinatal.

En la Tabla Número 5 observamos en atención neonatal su correlación es negativa y no significativa. Afirmamos que no hay relación del gasto y porcentaje de ejecución en el indicador neonatal y su correlación es negativa y no significativa, esto da a conocer que el presupuesto no juega un rol imprescindible, es decir la organización y estrategias de los servicios de salud mejoran con una buena organización y distribución del recurso humano competente. Asimismo, el mayor componente de la mortalidad infantil es la mortalidad neonatal, 60% de las muertes infantiles se producen en el primer mes de vida; estos problemas regionales y distritales son importantes, principalmente en la persistencia de indicadores inaceptablemente elevados en poblaciones rurales, en etnias originarias, y aquellas con niveles menores de ingresos y educación. Según, **plan estratégico nacional para mejorar la salud materna perinatal y neonatal en Bolivia 2009 – 2015 afirma lo siguiente**

Que el riesgo de morir por una causa vinculada con el embarazo, parto y post-parto es muy alto; de acuerdo la Encuesta Post-censal de Mortalidad Materna (EPM, 2000). El riesgo alcanza a 11 por cada 1000 mujeres en edad fértil, con extremos bastante marcados entre departamentos, mientras que en Potosí llega a 19 por cada 1000 mujeres en nuestro estudio también encontramos mayores índices de mortalidad en el parto y puerperio. En Tarija es tres veces menos (6/1000). Asimismo, las disparidades entre áreas geográficas es de 1 a 5 (área urbana: 5/1000; área rural de 23/1000). La Razón de Mortalidad Materna es de 230 por 100,000 nv. Es así que la mortalidad neonatal se ha configurado como una preocupación creciente para la salud pública del país al pasar a ser el principal componente de la mortalidad infantil debido a la reducción más acentuada de la mortalidad posneonatal.

Según los objetivos del milenio propone la disminución de la mortalidad neonatal, es un reto para la salud pública en el Perú el Ministerio de Salud del Perú, tiene como compromiso reducir la mortalidad neonatal, promoviendo e impulsando nuevas políticas y estrategias del recurso humano para mejorar la atención oportuna y acciones de intervención con un enfoque perinatal, aplicando concepciones humanísticas donde se respeta los derechos de la madre y su hijo; con un acompañamiento. El ODM 4 busca reducir en dos tercios la mortalidad de los niños menores de 5 años de edad entre 1990 y 2015.

Según Maine la mortalidad materna a nivel mundial constituye un problema de salud pública pues representa un importante indicador de desarrollo humano en los países además es uno de los indicadores que muestra los mayores problemas entre los países de diferentes niveles de desarrollo, la mortalidad materna es uno de los indicadores sanitarios que más claramente evidencian la inequidad y la exclusión social, el bajo nivel de accesibilidad a los servicios de salud, la inequidad de

género para la toma de decisiones, el poco respeto a los derechos humanos y el limitado acceso a los servicios sociales. En el caso de la comunidad, siendo Bolivia un país multiétnico y multicultural, existen diversas explicaciones, desde la inaccesibilidad geográfica, la falta de adecuación cultural de los servicios, la falta de complementariedad entre las diversas medicinas que ocasiona la exclusión de grupos poblacionales importantes. Asimismo, como en todas las culturas, existen algunas prácticas que pueden constituirse en desfavorables para la salud de las madres y los recién nacidos/as. Por eso es importante, establecer un dialogo de saberes entre el personal de los servicios de salud y el de la medicina tradicional, con el objetivo de lograr consensos de prácticas que permitan la identificación oportuna de problemas, y la búsqueda inmediata y conjunta de soluciones que contribuyan a disminuir y evitar la morbilidad materna y neonatal .

Observamos que la correlación es buena y positiva en este indicador de control puerperio pero no significativa esto nos da a entender que los presupuestos son esenciales para este indicador porque se demostró un gran avance a mayor presupuesto es necesario también que analizarse los procesos de atención del área materna y innovar nuevos procesos de atención que mejore este indicador de salud materno neonatal. El control post parto durante la primera semana llegó apenas a un 12% de las mujeres que dieron a luz, con la excepción del departamento del Beni, donde la mayoría de las mujeres mueren durante el embarazo, alrededor de un 80%, en promedio, de muertes maternas, se produjo durante el parto o en la primera semana después del mismo.

Estudio sobre indicadores materno-infantiles en Chile el año 2000 al 2009 durante el período estudiado nacen aproximadamente 2.400.000 personas, se observa un significativo aumento en su número a partir del año 2004 al 2009 (+9,7%). Las tasas de mortalidad neonatal precoz, tardía, post neonatal e infantil fueron de 3,86; 1,18; 2,54 y 7,58 por 1000 nacidos vivos durante el año 2009, presentado un porcentaje de disminución de un 13,5; 8,4; 16,2; 13,7% respectivamente en comparación al año 2000. La mortalidad materna disminuyó en un 13,2% desde 19,7 a 17,1 por cien mil nacimientos en el mismo período. La prematuridad (<37s) incrementa significativamente en un 20,82% (de 5,96 a 7,2%). El mayor cambio se observa entre las 32-33 y 34-36 semanas (aumento de un 18% y 32%, respectivamente)

V. CONCLUSIONES

- En el presente trabajo de investigación podemos concluir que los presupuestos a nivel del país y región son muy bajos en relación al PBI.
- A mayor presupuestos los indicadores materno Neonatal aumentan en cobertura y mejora la salud materno Neonatal.
- De los indicadores analizados concluimos que los que tienen relación son planificación familiar, puerperio atención parto institucional. Y los que no tienen relación son el control prenatal y atención neonatal.
- La mortalidad materna es un problema de salud pública en nuestro país y región, en los niveles periféricos de las ciudades.
- Planificación familiar es un indicador que constituye una estrategia para disminuir la mortalidad materna neonatal.
- A mayor eficiencia de los presupuestos los indicadores maternos neonatal mejoran y por ende la mortalidad materna disminuye.
- Direccionar nuevas políticas en el sector salud direccionada a incrementar nuestro PBI como país conociendo que el sector salud es uno de los pilares fundamentales de una sociedad.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABOU ZAHR C, ROYSTON, (1991). E. **Maternal mortality**: a global Geneva: WHO (WHO/MCH/MSM/91.3)
- ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA MORTALIDAD MATERNA EN CHILE, Cuba y Estados Unidos de Norteamérica (EEUU. con un porcentaje de cambio para el año 2000.
- ACOSTA Y COLS, (2000). Almeida-Filho Y Cols, 2003.
- ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2007 - 2008 - INEIwebinei.inei.gob.pe › Inicio › Colecciones
- MAINE, DEBORAH y otros (1997). **Diseño y evaluación de programas para Mortalidad Materna**. Centro para la Población y Salud Familiar, Facultad de Salud Pública. Universidad de Columbia. USA.
- OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - ORGANIZACIÓN DE www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2013-spanish.pdf
- PLAN ESTRATEGICO NACIONAL PARA MEJORAR LA SALUD MATERNA PERINATAL Y NEONATAL EN BOLIVIA 2009 – 2015 Movilizados por el Derecho a la Salud y a la Vida
- SERIE: Documentos Técnico Normativos La Paz.
- SCHNEIDER Y COLS, (2002). **Astorga y cols**, 2005. González y cols, 2006