Novos Cadernos NAEA

v. 27, n. 1 • jan-abr. 2024 • ISSN 1516-6481/2179-7536

doi

EL IMPACTO DE LA INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA SOBRE EL LOGRO DE OBJETIVOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

O IMPACTO DO INVESTIMENTO EM SAÚDE PÚBLICA NO ALCANCE DOS OBJETIVOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Josué de Lima Carvalho
Universidade Federal Rural da Amazônia (UFRA), Paragominas, PA, Brasil

Tania Suely Azevedo Brasileiro
Universidade Federal do Oeste de Pará (UFOPA), Santarém, PA, Brasil

RESUMEN

Este estudio tiene como objetivo analizar el impacto de la inversión en salud en Brasil y sus relaciones con las metas estipuladas para la Atención Primaria de Salud (APS). En la construcción teórica, el trabajo explica cómo se construye el financiamiento de la salud en Brasil a través del Fondo Nacional de Salud (FNS) y cuál es el papel de las entidades en el financiamiento tripartito. Luego, explica las especificidades de la APS. Los procedimientos metodológicos demuestran que los datos fueron extraídos a través de la plataforma del PROADESS, que es mantenida por el Laboratorio ICICT/Fiocruz. Los indicadores de inversión en salud fueron comparados mediante una correlación con indicadores de desempeño de la APS. Los resultados demuestran que existe una relación directa entre la inversión en salud y el cumplimiento de la mayoría de las metas de la APS, lo cual es posible contrastar en la literatura disponible. El análisis factorial resulta en la creación de un indicador denominado el impacto de la inversión en la atención primaria a la salud, que se presenta como una estrategia de evaluación de las políticas integradas. Se sugiere que estos datos sean investigados para regiones, estados y municipios brasileños.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud (APS); inversión pública; gasto público.

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar o impacto do investimento em saúde no Brasil e suas relações com as metas estipuladas para a Atenção Primária à Saúde (APS). Na construção teórica, o trabalho explica como é construído o financiamento da saúde no Brasil através do Fundo Nacional de Saúde (FNS) e qual é o papel das entidades no financiamento tripartite. Em seguida, explica as especificidades da APS. Os procedimentos metodológicos demonstram que os dados foram extraídos através da plataforma do PROADESS, que é mantida pelo Laboratório ICICT/Fiocruz. Os indicadores de investimento em saúde foram comparados por meio de uma correlação com indicadores de desempenho da APS. Os resultados demonstram que existe uma relação direta entre o investimento em saúde e o cumprimento da maioria das metas da APS, o que é possível contrastar na literatura disponível. A análise fatorial resulta na criação de um indicador denominado o impacto do investimento na atenção primária à saúde, que se apresenta como uma estratégia de avaliação das políticas integradas. Sugere-se que estes dados sejam investigados para regiões, estados e municípios brasileiros.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde (APS); investimento público; gasto público.

1 INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018), la atención primaria de salud es un sistema que orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de equidad y solidaridad social. Para el Ministerio de Salud (Brasil, s.d.), la Atención Primaria de Salud (APS) es el primer nivel de atención en salud y se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, a nivel individual y colectivo, que abarca la promoción y protección de la salud, la prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños y mantenimiento de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que impacte positivamente en la situación de salud de las comunidades.

Desde la aparición de los Centros Escolares de Salud en la década de 1920, Lavras (2011) explica que en Brasil es posible identificar varios intentos de organización de la Atención Primaria de Salud (APS). Además, se configuraron varios modelos en diferentes regiones del país, debido a intereses y conceptos muy diferentes.

Un hito importante para la construcción del modelo que hoy tenemos ocurrió en 1980, con el proceso de redemocratización en el país, cuando se propusieron las Acciones Integrales de Salud (AIS), seguidas por el Sistema Único y Descentralizado de Salud (SUDS), hasta que en 1988 fue instituido el Sistema Único de Salud (SUS) con la nueva Constitución Federal (Brasil, 1988).

En 1994, con una evaluación positiva del Programa de Agentes Comunitarios de Salud (PACS), el Ministerio de Salud propuso el Programa de Salud de la Familia (PSF), que poco después pasó a ser entendido como una estrategia de reorientación del modelo de atención (Brasil, 1998).

Según Starfield (2002), estudioso de la atención primaria de salud, la APS es el primer contacto de asistencia continua centrada en la persona, destinada a satisfacer sus necesidades de salud, que solo en casos muy inusuales requiere una actuación más especializada. Su función es coordinar la atención cuando las personas reciben esa atención en otros niveles de atención. El autor sugiere los siguientes atributos para las prácticas de atención primaria: primer contacto, longitudinalidad, integralidad y coordinación. Por su parte, Bodstein (2022) enumera el papel crucial de la Atención Primaria de Salud en la Agenda de Salud y cómo su implementación eficiente es crucial para reducir las hospitalizaciones y los gastos generales relacionados con la atención hospitalaria de mediana y alta complejidad.

En el contexto internacional, la Agenda 2030 (2015) presenta los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Entre los 17, se encuentra el objetivo 3 (ODS 3), que trata sobre la salud y el bienestar, y tiene ocho metas estrechamente relacionadas con la Atención Primaria de Salud (APS); sin embargo, solo hay una meta que se refiere exclusivamente a la atención hospitalaria de mediana y alta complejidad.

Frente a la contextualización de la importancia de la Atención Primaria de Salud para garantizar la equidad y el desarrollo social en las diferentes regiones que componen Brasil, y relacionándose también con estudios como los de Medina *et al.* (2020) y Sarti *et al.* (2020), que enumeran el papel estratégico que jugó la Atención Primaria de Salud (APS) durante la pandemia del Coronavirus (SARS-CoV-2), se buscó responder a la siguiente pregunta problema: ¿Cuáles son las influencias del aumento o disminución de la inversión en salud pública en Brasil en el cumplimiento de las metas relacionadas con la Atención Primaria de Salud (APS)?

Así, esta investigación tiene como objetivo relacionar la inversión en salud en Brasil en la serie histórica de 2010 a 2020 con el cumplimiento de las metas de la Atención Primaria de Salud. Como objetivos específicos se propuso: analizar la (in)evolución de la inversión en salud en Brasil en la serie histórica de 2010 a 2020; identificar, dentro de las regiones de Brasil, el cumplimiento de la meta de inversión de contrapartida municipal de al menos el 15% según la Enmienda Constitucional 29, destacando las regiones más frágiles; y correlacionar la inversión en salud pública con el logro de metas relacionadas con la Atención Primaria de Salud.

Este trabajo se justifica, en primer lugar, al evaluar el impacto del gasto público en salud y su relación con el cumplimiento de las metas relacionadas con la Agenda 2030. Dentro de la justificación científica, este estudio puede servir de base para la construcción de indicadores de evaluación y para trabajos que pretenden evaluar el impacto de los gastos por región de Brasil, por estado y por municipio. En la justificación personal, representa un avance necesario para la evolución profesional, principalmente en la contribución a la creación de herramientas para la toma de decisiones.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN BRASIL

El Fondo Nacional de Salud (FNS) puede entenderse como el administrador financiero de los recursos destinados a financiar los gastos

corrientes y de capital del Ministerio de Salud, así como de los órganos y entidades de la administración directa e indirecta, integrantes del Sistema Único de Salud (SUS). Fue instituido con base en el Decreto n.º 64.867, de 24 de julio de 1969 (Brasil, 1969).

El Fondo Nacional de Salud (FNS) organiza transferencias de recursos a fondos estatales, municipales y del Distrito Federal, posibilitando así la integración presupuestaria en el financiamiento de la salud pública brasileña. De esta organización presupuestaria procede la nomenclatura relativa a la financiación pública, organizándose de forma tripartita.

Cabe señalar que el Decreto n.º 64.867/1969 fue posteriormente sustituido por el Decreto n.º 806, de 24 de abril de 1993 (Brasil, 1993), en conformidad con las directrices del Sistema Único de Salud (SUS), que fue instituido por la Ley n.º 8.080/1990 (Brasil, 1990a). Otra legislación importante en la construcción del nuevo modelo de financiamiento del SUS fue la Ley n.º 8.142/1990 (Brasil, 1990b), que prevé la participación comunitaria en la gestión del Sistema Único de Salud (SUS) y las transferencias intergubernamentales de recursos financieros en el área de salud, entre otras medidas. La tercera sustitución del decreto se hizo mediante el Decreto n.º 3.964, de 10 de octubre de 2001 (Brasil, 2001), con el fin de atribuir nuevas funciones al FNS, siendo este último el decreto en vigor.

El Fondo Nacional de Salud se puede dividir en cinco bloques: Asistencia Farmacéutica, Atención Ambulatoria y Hospitalaria de Media y Alta Complejidad (MAC), Atención Primaria de Salud (APS), Gestión del SUS y Vigilancia en Salud (Brasil, 2001). Las transferencias se dividen en: mantenimiento de las acciones y servicios de salud pública (financiamiento) y estructuración de la red de servicios de salud pública (inversión).

Varios estudios discuten el papel del Sistema Único de Salud (SUS) dentro del financiamiento de la salud pública. Paulus Júnior y Cordoni Júnior (2006) discuten las políticas públicas relacionadas con la salud en Brasil, con base en la Enmienda Constitucional n.º 29, de 2000 (Brasil, 2000), cuya función es asegurar los recursos mínimos para el financiamiento de acciones y servicios de salud pública. Los autores concluyen que, para permitir el cumplimiento de la EC 29, se estableció un período de transición. El Gobierno Federal debe ajustar anualmente el presupuesto de salud con base en la variación del producto interno bruto (PIB) del año anterior. Los Estados, por su parte, deben invertir al menos un 12% de sus ingresos. La regla para los municipios es similar, con porcentajes de al menos el 15% de sus ingresos a partir de 2004.

Pescuma Junior y Mendes (2015) evalúan el financiamiento del Sistema Único de Salud (SUS) a partir de una serie histórica de 2000 a 2011; el estudio evalúa todos los bloques de financiamiento vinculados al FNS, comparando bloques de financiamiento de mediana y alta complejidad (MAC) con el otro bloque. Los autores llegan a dos grandes conclusiones en el artículo: en primer lugar, el bloque MAC tiene una participación económica superior a los demás y, posteriormente, concluyen que la Terapia de Reemplazo Renal (TRR) concentra la mayor parte de sus recursos económicos en el bloque MAC.

Vieira *et al.* (2017) evalúan las políticas dirigidas a la financiación del SUS, reflexionando sobre las políticas públicas dirigidas a la financiación del Sistema Único de Salud (SUS), incluyendo el control social y la participación comunitaria en su gestión. Los autores concluyen que el Fondo Nacional de Salud (FNS) desempeña una función financiera y contable con la misión de contribuir al fortalecimiento de la ciudadanía, a través de la mejora continua del financiamiento de las acciones de salud, buscando crear mecanismos para poner la información a disposición de la sociedad en su conjunto, relativa a captaciones, inversiones y financiamientos en el ámbito del SUS.

Carvalho y Brasileiro (2022) realizaron una revisión sistemática de la literatura para comparar la transparencia, la inversión en salud pública y la eficiencia del gasto público. Los autores enumeran las contribuciones dentro de la base de datos Scopus, concluyendo que varios estudios a nivel internacional resaltan la importancia del financiamiento público y la transparencia.

De Lima, Silva y Varão (2022) presentan un modelo de informes financieros populares vinculados a la salud pública; los autores desarrollan un modelo de Informe Anual de Gestión (RAG) de fácil comprensión para los miembros de los consejos de salud, con el fin de garantizar la participación y el control social.

2.2 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

Según la Secretaría de Atención Primaria de Salud (Brasil, s.d.), la Atención Primaria de Salud (APS) puede ser considerada como el primer nivel de atención en salud y se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, a nivel individual y colectivo, que engloba la promoción de la salud y la protección, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, reducción de daños y mantenimiento de la salud con el objetivo de desarrollar una atención integral que impacte positivamente en la situación de salud de las colectividades.

Por lo tanto, la APS puede ser entendida como la principal puerta de entrada al SUS y el centro de comunicación con toda la Red de Atención del SUS, y debe ser guiada por los principios de universalidad, accesibilidad, continuidad de la atención, integralidad de la atención, responsabilidad, humanización y equidad. Esto significa que la APS funciona como un filtro capaz de organizar el flujo de servicios en las redes de salud, desde los más simples hasta los más complejos.

Dentro de la estructura organizacional del Sistema Único de Salud (SUS) en Brasil, la Atención Primaria se desarrolla con el más alto grado de descentralización y capilaridad, ocurriendo en el lugar más cercano a la vida de las personas (Brasil, s.d.). Se entiende, entonces, que la Atención Primaria no es sólo la puerta de entrada al SUS, sino que también puede ser entendida como el principal medio de promoción y prevención, que, bien articulada, puede reducir gastos con otros bloques de financiamiento, especialmente en hospitalizaciones relacionadas con casos sensibles a la atención primaria.

La Secretaría de Atención Primaria de Salud (SAPS) presenta las características relacionadas con la Atención Primaria en la página institucional, destacando su "cartera de servicios":

> Hoy se cuenta con una Cartera de Servicios de Atención Primaria de Salud (CASAPS) para apoyar a los gestores municipales en la toma de decisiones y brindar a la población el conocimiento de lo que se encuentra en la APS. Involucra también otras iniciativas, como: el Programa Salud en la Hora y Médicos para Brasil. Este trabajo se realiza en las Unidades de Salud de la Familia (USF), en las Unidades de Salud del Río, en las Unidades Odontológicas Móviles (UOM) y en las Academias de Salud. Entre el conjunto de iniciativas de la Secretaría de Atención Primaria en Salud (SAPS) para atender a la población en el entorno en que vive se encuentran el Programa Salud en la Hora, Médicos para Brasil, Previne Brasil y la Estrategia Salud de la Familia, entre otros programas, acciones y estrategias (Brasil, s.d.).

A partir de la descripción de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Salud (CASAPS), se puede apreciar la complejidad de los programas, acciones y estrategias vinculadas al logro de metas distribuidas.

De acuerdo con la Secretaría de Atención Primaria de Salud (Brasil, s.d.), en los últimos años, se han instituido diversas acciones, programas y estrategias para mejorar la atención sanitaria en Brasil. Una de ellas es el Programa de la Academia de Salud (PAS), iniciado en 2011, que busca fomentar la atención y promoción de la salud mediante la creación de

espacios públicos, denominados polos, para ofrecer prácticas de actividad física a la comunidad.

Asimismo, la Política Nacional de Salud Bucal, conocida como "Brasil Sorridente", ha marcado un antes y un después en la vida de millones de brasileños al facilitar el acceso a servicios dentales gratuitos en el Sistema Único de Salud (SUS). Este programa ha tenido un impacto significativo en la calidad de vida de la población al mejorar la salud bucodental.

En 2011, se puso en marcha la estrategia "Consultorio en la Calle", como parte de la Política Nacional de Atención Primaria, con el objetivo de extender los servicios de salud a la población en situación de calle. Esta estrategia proporciona una atención integral y oportuna a un grupo altamente vulnerable y con lazos familiares a menudo fracturados o debilitados.

Frente al desafío que representan las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) y sus factores de riesgo, se instituyó la Estrategia de Salud Cardiovascular en la Atención Primaria de Salud (APS) en 2021. Esta medida procura mejorar el control de las enfermedades cardiovasculares a través de una intervención más efectiva en el primer nivel de atención.

La Estrategia de Salud de la Familia (ESF) tiene como propósito reorganizar la atención primaria siguiendo los principios del SUS. Esta estrategia es valorada por el Ministerio de Salud y las autoridades sanitarias locales y regionales, ya que promueve una reorientación del proceso laboral con un gran potencial para profundizar en los principios y fundamentos de la atención primaria.

En el ámbito de la gestión de la información, e-SUS Atención Primaria (e-SUS APS) representa una iniciativa para reestructurar los datos de la atención primaria a nivel nacional. Esta acción está en concordancia con el objetivo más amplio de reestructurar los Sistemas de Información en Salud del Ministerio de Salud.

La Estrategia NutriSUS, lanzada en 2015, se enfoca en la prevención y control de trastornos nutricionales a través de la fortificación de alimentos infantiles con micronutrientes, proporcionados en las comidas diarias a niños de 6 a 48 meses.

El Programa Nacional para Mejorar el Acceso y la Calidad de la Atención Primaria (PMAQ) fue creado para estimular a los gestores y equipos de salud a mejorar la calidad de los servicios ofrecidos a los ciudadanos. Iniciado en 2011 y ahora en su tercer ciclo, el programa propone un conjunto de estrategias para calificar, monitorear y evaluar el trabajo de los equipos de salud, con un esquema de incentivos basado en la mejora de la calidad de la atención.

Para abordar las inequidades en salud, las Políticas de Promoción de la Equidad en Salud se han centrado en programas gubernamentales destinados a garantizar la atención integral y el respeto a la diversidad, enfocándose en poblaciones vulnerables y socialmente desiguales.

Por último, la Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias en el SUS reconoce una variedad de tratamientos terapéuticos tradicionales y alternativos, como la Medicina Tradicional China/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatía, y otros, que buscan prevenir enfermedades y restaurar la salud integrando al ser humano con el medio ambiente y la sociedad.

Malta *et al.* (2016) estudian la cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) en Brasil a partir de datos comparados de encuestas de población de 2008 (PNAD) y de 2013 (PNS). Los autores concluyen que las poblaciones con menos educación recibieron más visitas domiciliarias mensuales. La ESF es un importante promotor de la equidad en salud y el aumento de su cobertura y alcance ha sido exitoso en el país.

El Cuadro 1 presenta las trece acciones, programas y estrategias vinculadas a la atención primaria junto con una breve descripción de sus objetivos y metas.

Cuadro 1 – Acciones, programas y estrategias vinculadas a la Atención Primaria de Salud (APS)

Acciones, programas o estrategias	Breve descripción
Prevención y Control de Trastornos Nutricionales	El PNAN constituye una respuesta oportuna y específica del SUS para reorganizar, calificar y perfeccionar sus acciones frente a la complejidad de la situación alimentaria y nutricional de la población brasileña. Aquí se puede encontrar información sobre los principales problemas nutricionales que afectan a la población brasileña y las acciones desarrolladas por el SUS para contribuir a su control y prevención.
Programa de Asistencia en Salud de Brasil	El Programa Ayuda Brasil (PAB), creado por la Ley n.º 14.284, de 29 de diciembre de 2021, es un programa social de transferencia directa e indirecta de renta con condicionalidades, coordinado por el Ministerio de Ciudadanía, responsable de la gestión de beneficios y envío de recursos para el pago.
Promoción de la Salud y Alimentación Adecuada y Saludable	Consiste en un conjunto de estrategias enfocadas en mejorar la calidad de vida de los individuos y las comunidades. Puede materializarse a través de políticas, estrategias, acciones e intervenciones en el medio ambiente con el objetivo de actuar sobre las condiciones y determinantes sociales de la salud, de manera intersectorial y con participación popular, favoreciendo las elecciones saludables de las personas y comunidades en el territorio donde habitan.

Acciones, programas o estrategias	Breve descripción
Programa de Recualificación de Unidades Básicas de Salud	Es una de las estrategias del Ministerio de Salud para estructurar y fortalecer la Atención Primaria. A través del programa, el Ministerio de Salud propone una estructura física de las unidades básicas de salud acogedora y dentro de los mejores estándares de calidad que facilita el cambio en las prácticas de los equipos de salud. El programa tiene como objetivo crear incentivos financieros para la renovación, ampliación y construcción de UBS, proporcionando condiciones adecuadas para el trabajo de salud, promoviendo un mejor acceso y calidad de la atención primaria.
Red Cigüeña	Es una estrategia del Ministerio de Salud que tiene como objetivo implementar una red de atención para garantizar a las mujeres el derecho a la planificación reproductiva y a la atención humanizada durante el embarazo, parto y puerperio, así como garantizar a los niños el derecho a un parto seguro y al crecimiento y desarrollo saludable.
salud a tiempo	El programa posibilita la financiación de los municipios y del Distrito Federal para la implementación de horarios extendidos de funcionamiento de las Unidades de Salud de la Familia (USF) y Unidades Básicas de Salud (UBS) en todo el territorio brasileño.
Programa de Salud Escolar (PSE)	La Política Intersectorial de Salud y Educación, fue instituida en 2007 por el Decreto Presidencial n.º 6.286, de 5 de diciembre de 2007. Las políticas de salud y educación dirigidas a niños, adolescentes, jóvenes y adultos en la educación pública brasileña se unen para promover la salud y la educación integral.
PNAISP	Nació de la evaluación de los diez años de aplicación del Plan Nacional de Salud en el Sistema Penitenciario (PNSSP), cuando se constató que este modelo estaba agotado, lo que se mostró restringido al no incluir en su accionar, entre otras cosas, todo el itinerario penitenciario: comisarías y distritos policiales, cárceles públicas, colonias agrícolas o industriales, ni penitenciarías federales.
Unidades Básicas de Salud Fluvial (UBSF)	Son embarcaciones que transportan Equipos de Salud Familiar Fluvial (ESFF), provistos del ambiente, mobiliario y equipamiento necesarios para atender a la población ribereña de la Amazonía Legal.
Equipos de salud familiar de Riverside (ESFR)	Realizan la mayor parte de sus funciones en Unidades Básicas de Salud (UBS), ubicadas en comunidades pertenecientes a las áreas donde se suman, cuyo acceso es por vía fluvial. Debido a la gran dispersión territorial, estas áreas necesitan embarcaciones para atender a las comunidades dispersas en el territorio.

Acciones, programas o estrategias	Breve descripción
Programa de Revitalización de UBS	El Programa de Revitalización de las Unidades Básicas de Salud a través del trabajo de las Personas Privadas de Libertad tiene entre sus objetivos la promoción del mejoramiento estructural y la revitalización de los espacios físicos de las Unidades Básicas de Salud (UBS).
Vigilancia Alimentaria y Nutricional	Esta importante herramienta para promover prácticas alimentarias adecuadas y saludables puede sumarse a los servicios de salud, por ejemplo, con la evaluación del consumo de alimentos y el estado nutricional de las personas, en todas las etapas de la vida. Cuando se aplica de manera amplia, el VAN exige la adopción de diferentes estrategias de vigilancia epidemiológica, aplicadas con base en encuestas poblacionales, convocatorias nutricionales y producción científica, con énfasis en los seguimientos realizados en los servicios de salud.
Más Médicos y Doctores en Brasil	Además de llevar más médicos a las regiones donde hay escasez o ausencia de estos profesionales, el programa también prevé más inversiones en la construcción, renovación y ampliación de Unidades Básicas de Salud (UBS), además de nuevas vacantes para graduación y formación médica. Residencia para cualificar la formación de estos profesionales.
Programa Care More Brasil	Tiene como objetivo mejorar la asistencia a la salud de la mujer y la salud materno-infantil, en el ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS) del Ministerio de Salud. La propuesta es una intervención para la organización e integración entre la APS y la Red de Atención a la Salud (RAS), con foco en estos colectivos.

Fuente: Secretaría de Atención Primaria en Salud (Brasil, s.d.).

El cuadro anterior presenta los trece programas, acciones y estrategias restantes vinculados a la atención primaria, presentando los principales objetivos relacionados con la promoción de la salud. Hay aspectos que necesitan ser resaltados, principalmente en los programas Salud en Tiempo y Salud en la Escuela (PSE). El primero actúa como ampliación de los horarios de atención de los consultorios y unidades de salud, siendo de gran importancia principalmente en municipios con modelo básico de salud, pero sin restar importancia en municipios con modelo completo. El programa Salud en la Escuela (PSE) es muy importante en la actuación en áreas no cubiertas (barrios y localidades que no cuentan con ESF), trabajando la intersectorialidad entre salud y educación.

Coelho y Brasileiro (2021) estudian la Intersectorialidad como política de gestión del Programa de Salud Escolar (PSE) en el municipio de Santarém/PA. Concluyen en sus resultados que hay debilidades debido a la dificultad de llevar a cabo el diálogo y la integración entre los equipos que conforman el PSE. Las autoras también afirman que los resultados de la investigación son similares a las investigaciones realizadas en el noreste, sureste, oeste y sur, regiones de Brasil. Demostrando así que, incluso en otras regiones que presentan aspectos económicos, educativos y de salud con más acceso para la mayoría de la población que en la región norte, enfrentan prácticamente las mismas debilidades encontradas en el PSE.

3 METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

La presente investigación puede considerarse como investigación aplicada, debido a su intención de generar conocimiento para aplicaciones prácticas con el objetivo de resolver problemas específicos. Siendo del tipo descriptivo, ya que describe la realidad relacionada con el financiamiento de la salud pública a nivel nacional. Para ello, se utilizan los datos públicos disponibles en la plataforma del Proyecto de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud - PROADESS, que es mantenida por el Laboratorio de Información en Salud - ICICT - Fiocruz.

La investigación aplicada busca resolver problemas concretos a través de la aplicación del conocimiento. Según Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2014), la investigación aplicada se centra en la aplicación de descubrimientos y conocimientos a situaciones reales, con el objetivo de solucionar problemas específicos. En este sentido, este estudio aplica conocimientos para abordar el financiamiento de la salud pública, lo cual es un problema concreto y práctico.

La investigación descriptiva tiene como objetivo principal describir características de fenómenos o poblaciones, estableciendo asociaciones entre variables. Bell (1999) indica que este tipo de investigación busca detallar y representar la realidad tal como se observa. La descripción de la realidad del financiamiento de la salud pública y la correlación de variables asociadas al cumplimiento de las metas de Atención Primaria de Salud encaja dentro de este paradigma.

En cuanto a los enfoques adoptados, el estudio puede ser considerado cualitativo, ya que discute los resultados de la investigación documental con trabajos ya disponibles en la literatura, en la búsqueda de similitudes

y disparidades. El enfoque también puede ser considerado cuantitativo, ya que la investigación documental se somete a análisis de datos obtenidos a partir de estadísticas descriptivas (cálculo de media y desviación estándar), así como al cálculo propuesto en la correlación de Pearson y en el modelo de regresión lineal, con el fin de encontrar relaciones entre la inversión en salud pública y el cumplimiento de las metas de la Atención Primaria de Salud.

En cuanto a los procedimientos adoptados para la recolección de datos, la investigación puede ser considerada como investigación documental, ya que se realizó una búsqueda en la plataforma digital del programa PROADESS, mantenida por la Fiocruz, con el fin de obtener los datos para la realización de la investigación. La recopilación y el análisis de datos se llevaron a cabo entre el 10 de octubre de 2022 y el 1 de diciembre de 2022.

En cuanto a las herramientas para el análisis de los resultados, se aplicaron estadísticas descriptivas (medias y desviación estándar), además de utilizar el coeficiente de correlación de Pearson (r), que se representa mediante la fórmula demostrada por Galarça *et al.* (2010):

$$r = \frac{\sum_{i=1}^{n}(x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_{i=1}^{n}(x_i - \bar{x})^2} \cdot \sqrt{\sum_{i=1}^{n}(y_i - \bar{y})^2}},$$

El coeficiente de correlación de Pearson demuestra cómo se relacionan dos variables entre sí, y su valor varía de -1 a 1. Cuanto más cerca de -1, mayor será la relación inversa entre las variables; cuanto más cerca de 1, mayor será la relación directa entre ellas. El análisis de correlación de Pearson estuvo acompañado por un análisis de regresión lineal, que se utiliza para predecir el valor de una variable en función del valor de otra a partir de una ecuación de primer grado.

Adicionalmente, tras el análisis de correlación, se realizó un análisis factorial que involucraba el modelo Varimax, utilizando como métricas la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y la prueba de esfericidad de Bartlett para determinar si los indicadores podrían converger en un nuevo indicador que demostrara el impacto de la inversión en la eficiencia de la atención primaria de salud. Cabe destacar también que los valores financieros fueron sometidos a una corrección monetaria, utilizando como indicador la inflación.

Todas las pruebas se realizaron con el software estadístico R y SPSS v. 26, utilizando el paquete RCommander. Los datos fueron organizados utilizando hojas de cálculo de Microsoft Excel 365. Después de describir los desarrollos metodológicos, la siguiente sección presenta los resultados de esta investigación.

4 RESULTADOS

4.1 INVERSIÓN EN SALUD PÚBLICA

Como se describe en la metodología, los resultados comienzan mostrando el porcentaje del gasto público en salud por ámbito de gobierno (federal, estatal o municipal), en relación con el gasto público total en salud, en el año considerado. La Tabla 1 muestra los datos.

Tabla 1 – Gasto municipal en salud como porcentaje del gasto público total en salud

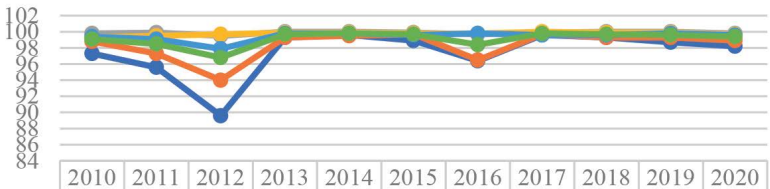
Cobertura geográfica:	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Brasil	28.4	28.8	29.4	30.7	31.1	31.0	31.6	31.1	31.0	31.5	28.6
	Media (μ)= 30.29091 Desviación Estándar (σ)= 1.22919										

Fuente: Proyecto de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud – PROADESS (2022).

La tabla anterior presenta el porcentaje de asignación de recursos públicos generales a la salud a nivel municipal, es decir, cuánto del presupuesto total de salud pública se asigna a los municipios. Evaluando estos datos mediante estadística descriptiva, la media aritmética de la serie histórica de 2010 a 2020 es 30.29091, con una desviación estándar de 1.22919. Los datos revelan que históricamente el porcentaje de inversión en salud destinado a los municipios no ha variado significativamente. Ante este hecho, es necesario reflexionar sobre los impactos vinculados a esta estabilidad. Moraz *et al.* (2015) presentan en su revisión sistemática de la literatura una preocupación sobre la asignación de recursos para la salud pública; los autores concluyen que las investigaciones sobre costos, inversiones y eficiencia deben mejorarse en Brasil, para comprender los efectos reales de la (sub)financiación. El Gráfico 1 mide, dentro de la serie histórica propuesta, el porcentaje de municipios que invierten el 15% o más de sus propios recursos en acciones y servicios públicos de salud, subdivididos por región de Brasil,[1] o sea, presenta la evaluación del cumplimiento de la Enmienda Constitucional 29 (Brasil, 2000).

[1] En Brasil, las regiones estudiadas se denominan: norte, nordeste, centro-oeste, sul e sudeste. Como este estudio fue escrito en español, se adoptaron los términos: norte, noreste, oeste, sur y sureste. Tal como se propone en la estructura de la rosa de los vientos disponible en: https://www.neptuno.es/rosa-de-los-vientos/

Gráfico 1 – Cumplimiento de la Enmienda Constitucional 29 a nivel municipal



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
norte	97,3	95,6	89,6	99,3	99,6	98,9	96,4	99,6	99,3	98,7	98,2
noreste	98,8	97,3	94	99,3	99,5	99,7	96,5	99,7	99,3	99,3	98,9
sureste	99,8	99,9	99,5	100	100	99,9	99,7	99,9	100	100	99,8
sur	99,3	99,5	99,7	99,9	99,9	99,8	99,8	100	99,9	99,9	99,7
oeste	99,4	99,1	97,9	99,8	99,8	99,6	99,8	99,6	99,6	99,8	99,6
Brasil	99,1	98,5	96,8	99,7	99,8	99,7	98,4	99,8	99,7	99,6	99,4

Fuente: Proyecto de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud – PROADESS (2022).

Dentro de la serie histórica, las regiones Sur y Sudeste presentaron los porcentajes más homogéneos y cercanos al 100%, la región Sudeste incluso en 2013, 2018 y 2019 alcanzó el indicador para el 100% de los municipios, es decir, todos los municipios garantizaron la contrapartida de 15% en inversión en salud, según los preceptos de la Enmienda Constitucional 29. La región Sur alcanzó el 100% en 2017. Estas dos regiones dentro de la serie histórica nunca presentaron un indicador inferior al 99% de los municipios que cumplen con la inversión mínima de 15%.

La región Sudeste promedió un valor de 99,9% para la serie histórica, obteniendo una desviación estándar de 0,16, la más baja de la serie histórica. La región Sur tuvo un promedio de 99,8%, con una desviación estándar de 0,21. Ninguna de las dos regiones mostró una gran variación entre los años estudiados.

La región Centro-Oeste tampoco presentó gran variación, teniendo su indicador más bajo en el año 2012, los demás indicadores de la región se mantuvieron en 99% en todos los años dentro de la serie histórica. El promedio para el Centro-Oeste fue de 99,5%, con una desviación estándar de 0,56, la región también mostró poca variación para los años estudiados.

Las regiones Norte y Noreste presentaron los resultados más bajos dentro de la serie histórica, siendo el peor año del indicador 2012. Ese año, la región Norte alcanzó apenas el 89,6% de los municipios y la región

Noreste alcanzó el indicador del 94%. El promedio de la región Norte fue de 97,5 para la serie histórica, alcanzando la mayor varianza entre las regiones, con una desviación estándar de 2,94, es decir, en la región Norte, en datos estadísticos, hay una variación de casi 3% para la serie histórica de un año a otro. La región Noreste tuvo un valor medio de 98,4%, con una desviación estándar de 1,78. La variación de un año a otro en la serie histórica de esa región fue de casi 2%.

Soares Filho *et al.* (2022) intentaron evaluar los factores relacionados con la disparidad entre la distribución de los equipos de Atención Primaria de Salud (APS), teniendo como eje principal las razones que conducen a la menor asistencia de la atención primaria en las regiones Norte y Noreste, con base en el año 2017. Los resultados muestran que la región Norte es un área crítica para los equipos, principalmente en los estados de Pará, Rondônia, Amazonas y Amapá. En el Noreste, estas áreas eran más pequeñas y se concentraban en el oeste de Bahía y el este de Maranhão. El Noreste tenía una mejor composición de equipo y una menor extensión de áreas críticas.

Los resultados de los autores corroboran este estudio, ya que es posible observar que las regiones con mayor porcentaje de municipios que no invierten el mínimo del 15% son también las regiones identificadas por los autores como las más críticas en la distribución de la atención primaria.

El ODS 3 tiene como objetivo garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos, en todas las edades. Dentro de su alcance, la gran mayoría de las metas están relacionadas con la Atención Primaria de Salud (APS). Así, es necesario evaluar en las políticas públicas de redistribución presupuestaria las acciones que promuevan una mayor participación de los municipios de las regiones Norte y Noreste, asegurando no solo una mayor inversión, sino también una mayor cobertura de los servicios públicos de salud.

El Gráfico 2 presenta la relación entre la inversión total en salud en Brasil y su relación con la población brasileña, generando así la definición de los recursos propios destinados a la salud por habitante, por esfera de gobierno, en el año considerado. En otras palabras, presenta la inversión unitaria por brasileño en la serie histórica propuesta.

Gráfico 2 – Gasto municipal en acciones y servicios de salud pública como proporción del PIB

Fuente: Proyecto de Evaluación del Desempeño del Sistema de Salud – PROADESS (2022).

Para este dato no se encontró el indicador referente al año 2020, estando disponible en la plataforma solo datos hasta 2019. Dentro de la serie histórica adoptada, no hubo gran variación, siendo el valor promedio de la razón de 1.17 y asumiendo el valor de la desviación estándar de 0.12. El valor más bajo registrado fue una proporción de 1 y el más alto fue de 1.3. Este indicador se crea a partir de una razón, teniendo como numerador el monto total del gasto público en acciones y servicios de salud pública x 100. Y como denominador: valor total del PIB.

Esta sección finaliza con datos relacionados con la estadística descriptiva en relación a los datos antes mencionados. En la siguiente sección, se correlacionarán los datos a partir de una correlación de Pearson junto con una regresión lineal.

4.2 RELACIÓN ENTRE LA INVERSIÓN Y EL LOGRO DE LAS METAS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Para este apartado, se eligieron dos indicadores relacionados con la inversión en salud pública nacional (gasto en salud per cápita y gasto en salud en proporción al PIB) y cuatro indicadores relacionados con el cumplimiento de las metas de Atención Primaria de Salud (cobertura de la ESF, mortalidad infantil, hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria). Todos los indicadores seleccionados se basaron en Brasil en su conjunto, sin datos relacionados con la región, el estado o el municipio.

Los datos fueron sometidos a una correlación de Pearson para comprender las relaciones directas e indirectas entre los indicadores y si la mayor o menor inversión en salud tiene algún efecto en el logro de las metas de la atención primaria. La Tabla 2 presenta las correlaciones y ecuaciones de regresión lineal disponibles para los casos estudiados.

Tabla 2 – Prueba de correlación y regresión lineal

Correlación					
Indicadores		**Gasto per cápita en salud**	**Cobertura del ESF**	**Ingresos por causas sensibles a atención primaria**	**Mortalidad infantil**
Gasto per cápita en salud	Correlación de Pearson	1	,743**	-,918**	-,721**
	Sig. (2 colas)		,006	,000	,008
	N	11	11	11	11
Cobertura del ESF	Correlación de Pearson	,743**	1	-,873**	-,698*
	Sig. (2 colas)	,006		,000	,012
	N	11	11	11	11
Ingresos por causas sensibles a atención primaria	Correlación de Pearson	-,918**	-,873**	1	,879**
	Sig. (2 colas)	,000	,000		,000
	N	11	11	11	11
Mortalidad infantil	Correlación de Pearson	-,721**	-,698*	,879**	1
	Sig. (2 colas)	,008	,012	,000	
	N	11	11	11	11

**. La correlación es significativa al nivel de 0,01 (2 colas).

*. La correlación es significativa al nivel de 0,05 (2 colas).

Indicadores relacionados	**regresión lineal**
Gasto per cápita en salud Ingresos por causas sensibles a atención primaria	-0.0543x + 44.012
Gasto en proporción al PIB Cobertura del ESF	35,628x + 17,585
Cobertura del ESF Ingresos por causas sensibles a atención primaria	-0,4461x + 48.218
Gasto per cápita en salud Mortalidad infantil	-0.0175x + 20,038
Cobertura del ESF Mortalidad infantil	-5.7224x + 132.97

Fuente: Elaboración propia en R/SPSS 26, 2022.

La tabla presentada muestra las correlaciones de Pearson entre diferentes indicadores de salud y sus respectivas significancias estadísticas. Estos indicadores incluyen el gasto per cápita en salud, la cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), ingresos por causas sensibles a la atención primaria y la mortalidad infantil, con una muestra (N) de 11 (años) para cada par de indicadores.

El gasto per cápita en salud muestra una fuerte correlación positiva con la cobertura de la ESF (0,743), lo que podría interpretarse como un aumento en el gasto per cápita asociado con una mayor cobertura de la ESF.

Hay una correlación negativa muy fuerte y significativa entre el gasto per cápita en salud y los ingresos por causas sensibles a la atención primaria (-0,918), sugiriendo que a mayor gasto, hay menos ingresos por estas causas, lo cual puede indicar una eficiencia en la atención primaria.

También se observa una correlación negativa significativa entre el gasto per cápita en salud y la mortalidad infantil (-0,721), lo cual podría indicar que un mayor gasto se asocia con una reducción en la mortalidad infantil.

La cobertura de la ESF tiene una correlación negativa muy fuerte y significativa con los ingresos por causas sensibles a la atención primaria (-0,873), lo que puede demostrar que una mayor cobertura de la ESF puede estar contribuyendo a la reducción de los ingresos hospitalarios por estas causas, un indicador de efectividad en la prevención y atención primaria.

La cobertura de la ESF también tiene una correlación negativa significativa con la mortalidad infantil (-0,698), sugiriendo que la ampliación de la cobertura de la ESF podría estar vinculada a una disminución en la mortalidad infantil.

Los ingresos por causas sensibles a la atención primaria tienen una correlación positiva muy fuerte con la mortalidad infantil (0,879), lo que podría implicar que los ingresos por estas causas son un buen predictor de la mortalidad infantil, o que ambos indicadores están afectados por factores comunes que incrementan a ambos.

Cuando se realiza un análisis estadístico, la significancia al 1% y al 5% tiene implicaciones importantes en la interpretación de los datos. Si una correlación es significativa al nivel de 1%, esto indica que la probabilidad de que el resultado sea una casualidad es muy baja; específicamente, hay menos de un 1% de posibilidad de que la relación observada entre las variables ocurra por azar. En la práctica, se considera que hay evidencia muy fuerte para afirmar que existe una verdadera asociación entre las variables analizadas.

La tabla muestra un análisis de correlación de Pearson, el cual examina la relación lineal entre diferentes pares de variables en el ámbito de la salud. La significancia se da en dos niveles: 0,01 y 0,05, representados por dos asteriscos (**) y un asterisco (*) respectivamente.

Esto indica que hay menos de un 1% de probabilidad de que la correlación observada sea un resultado del azar. Por ejemplo, el gasto per cápita en salud y los ingresos por causas sensibles a la atención primaria tienen una correlación negativa (-0,918) altamente significativa a este nivel, lo que sugiere una relación inversa muy confiable entre estos dos indicadores.

A partir de los resultados presentados en la tabla, es posible hacer algunas inferencias sobre la comprensión de la inversión en salud y el cumplimiento de las metas relacionadas con la APS. La primera relación que se realiza es entre el gasto per cápita en salud y las hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria.

Evaluando las correlaciones a partir de los parámetros de Cohen *et al.* (1992), existe una fuerte correlación negativa entre los gastos per cápita en salud y las hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria. Así, es posible comprender en el indicador para la serie histórica adoptada que cuanto mayor sea la inversión per cápita, menores serán las hospitalizaciones. Con base en la ecuación de regresión lineal propuesta, si la inversión per cápita en salud aumenta de R$ 458,17 (valor para 2020) a R$ 500,00, las hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria bajan de 17,2 a 16,86.

Brasil y Costa (2016) realizaron un estudio que evaluó las hospitalizaciones por condiciones sensibles a la atención primaria en Florianópolis, Santa Catarina - un estudio ecológico de 2001 a 2011. Los autores concluyen a partir de su prueba de regresión, apuntando a una disminución del 3% por año en la tasa de hospitalización, la triplicación de la cobertura de la ESF y la séptima parte de las inversiones financieras per cápita en salud, de R$ 67,65 (2001) a R$ 471,03 (2011); las inversiones per cápita en salud y la cobertura poblacional de la ESF se correlacionaron negativamente con la tasa de hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria. El estudio corrobora los resultados de este al presentar una relación directa entre la inversión per cápita y la reducción de las tasas de hospitalización sensibles a la atención primaria.

La segunda correlación se realizó entre los gastos como proporción del PIB y la relación con la cobertura de la ESF. La correlación también puede

considerarse fuerte, sin embargo, en este caso es una correlación positiva, lo que implica que a mayor inversión per cápita genera mayor cobertura de la ESF a nivel nacional. Aplicando el cálculo propuesto en regresión lineal, si el gasto per cápita aumentara de 1,3 (valor para 2019) a 1,4, la cobertura de atención primaria aumentaría de 63,8 (valor para 2019) a aproximadamente 67,46% de cobertura.

Para evaluar si el aumento de la cobertura de la ESF implica resultados globales positivos con las metas de la atención primaria, se relacionó la cobertura de la ESF con las hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria. Para la correlación, el valor también fue considerado fuerte en relación negativa, es decir, cuanto mayor la cobertura de la ESF, menores las causas de hospitalización por causas sensibles a la atención primaria.

Si tomamos como ejemplo la cobertura propuesta para el resultado anterior (aproximadamente 67,46%), si la cobertura de la ESF aumenta de 63,7% a 67,46%, las hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria disminuyen de 19,6 a 18,12 (basado en el año 2019).

Así, al evaluar las relaciones entre el gasto per cápita en salud y la cobertura de la ESF con la mortalidad infantil, los dos indicadores tuvieron una fuerte relación negativa con la mortalidad infantil, lo que implica que si aumenta el gasto per cápita en salud, también hay probabilidad de reducción de la mortalidad infantil. A medida que aumente la cobertura de la ESF, habrá una reducción en el indicador de mortalidad infantil.

Lorenzo *et al.* (2014) evaluaron qué indicadores representan una caída de la mortalidad infantil en el estado de São Paulo en la serie histórica de 1998 a 2008, concluyendo que la proporción del Programa Salud de la Familia (PSF) implementado ($p < 0,0001$) y el PIB per cápita ($p < 0,0001$) fueron significativos en el modelo. La caída de la mortalidad infantil en el período analizado fue influenciada por el crecimiento del PIB per cápita y el modelo de Salud de la Familia. El Programa de Salud de la Familia (PSF) fue el programa anterior a la Estrategia de Salud de la Familia (ESF).

Los resultados de los autores corroboran este trabajo y proporcionan una contribución para comprender la importancia del financiamiento de la salud en el logro de las metas relacionadas con la APS y la importancia de la ESF en el logro del derecho a la salud.

Con la intención de considerar un nuevo indicador a partir de los indicadores mencionados anteriormente, se realizó un análisis factorial, cuyos resultados se presentan en la tabla a continuación.

Tabla 3 – indicador de Impacto de la inversión en la atención primaria de salud

	Inicial	Extração	Adequação (KMO)	AVE	CR	Sig.	VARIANCIA EXPLICADA
PER_CAPTA	1,000	0,840					
COBERTURA	1,000	0,802	0,677	0,855	0,959	0,000	85,566
INGRESSOS	1,000	0,986					
MORTALIDAD	1,000	0,794					

Fuente: Elaboración propia en R/SPSS 26, 2022.

La Tabla 3 presenta el "indicador de Impacto de la inversión en la atención primaria de salud", una herramienta innovadora diseñada para medir la eficacia de la inversión en servicios de atención primaria.

La extracción de factores revela que todas las variables mantienen altas cargas factoriales, con una reducción posterior que demuestra la adecuación de los datos para un análisis de componentes principales. El KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) de 0,677 indica una adecuación muestral mediana para el análisis factorial.

Además, se destaca un AVE (Average Variance Extracted) de 0,855, lo cual supera el umbral de 0,5, indicando una cantidad significativa de varianza explicada por el factor. El CR (Composite Reliability) alcanza un nivel de 0,959, reflejando una alta confiabilidad del indicador. La varianza explicada por el modelo es del 85,566%, lo que demuestra una excelente capacidad del indicador para reflejar el impacto de las inversiones en la atención primaria de salud.

Si la significancia es 0,000, esto implica que los resultados del análisis estadístico son extremadamente significativos. En el contexto del "Indicador de Impacto de la Inversión en la Atención Primaria de Salud", una significancia de 0,000 indicaría que hay una evidencia muy fuerte de que la inversión en atención primaria de salud tiene un impacto significativo, y por lo tanto, rechazamos la hipótesis de que no tiene efecto o que el efecto es aleatorio. Esto fortalecería la validez del indicador como una medida efectiva del impacto de las inversiones en la atención primaria de salud.

5 CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio tuvo como objetivo relacionar la inversión en salud en Brasil a partir de una serie histórica (2010-2020) con el cumplimiento de las metas de la Atención Primaria de Salud. El primer objetivo específico

fue analizar la (in)evolución de la inversión en salud en Brasil; la Tabla 1 presentó esta información, destacando que, aunque los valores no varían mucho en la escala porcentual, hubo una reducción de la inversión entre 2019 y 2020. Evidentemente, en 2020 hubo un aumento presupuestario debido a la pandemia del Coronavirus (SARS-CoV-2), pero es importante resaltar la fragilidad de la progresión de la inversión en salud por parte de los municipios que ocupan en su totalidad el territorio brasileño.

El segundo objetivo propuesto para esta investigación fue identificar, por región, el cumplimiento de la meta de inversión a nivel municipal de al menos un 15%, tal como lo establece la Enmienda Constitucional 29. Las regiones Sudeste y Sur presentaron los mejores resultados para este indicador; la región Centro-Oeste se mantuvo estable con valores superiores al 96% para todos los años de la serie histórica. Las regiones Norte y Noreste fueron las más frágiles en cuanto al cumplimiento de este indicador, con énfasis negativo en la región Norte, que presentó los valores más bajos y la mayor varianza entre años, siendo la región donde se realizó la investigación documental.

El tercer y último objetivo propuesto buscó correlacionar la inversión en salud con los indicadores de la Atención Primaria de Salud (APS); los resultados mostraron fuertes correlaciones para casi todas las metas enumeradas, con excepción de la meta relacionada con la incidencia del dengue. Esto demuestra que efectivamente existe una relación positiva entre la inversión en salud y el cumplimiento de las metas de la APS. Además, se percibió que la cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) puede reducir otros indicadores, como las hospitalizaciones por causas sensibles a la atención primaria y la mortalidad infantil, sugiriendo que se desarrollen acciones y políticas a nivel municipal, estatal y federal que prioricen la cobertura de la ESF, principalmente en las regiones Noreste y Norte, que son más frágiles.

El análisis factorial resultó en la creación de un "Indicador de Impacto de la Inversión en la Atención Primaria de Salud". Este indicador fue desarrollado con el objetivo de medir de forma consolidada el impacto de las inversiones en salud pública sobre el desempeño de la Atención Primaria de Salud (APS) en Brasil. El indicador está compuesto por cuatro variables: gasto per cápita en salud, cobertura de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF), hospitalizaciones por condiciones sensibles a la APS y mortalidad infantil, todas con altas cargas factoriales después de la extracción, indicando que son representativas y adecuadas para componer el indicador.

La creación de este indicador es un paso significativo para la comprensión más profunda de la dinámica entre el financiamiento en salud y los resultados de la APS. Sugiere la importancia de inversiones estratégicas y dirigidas para mejorar la cobertura y la eficacia de la APS, especialmente en regiones más vulnerables. La aplicación de este indicador en futuras investigaciones y en la evaluación de políticas puede contribuir a la formulación de estrategias más eficientes y equitativas en el fortalecimiento del Sistema Único de Salud (SUS) y en la promoción de la salud para todos los brasileños.

Este trabajo aporta una visión macro (a nivel nacional) del contexto del financiamiento de la salud pública y su relación con el cumplimiento de las metas de Atención Primaria de Salud (APS). Se abre camino para futuras investigaciones que podrían adoptar un enfoque más granular, analizando el impacto a nivel regional, estatal y municipal. Estos estudios tendrían el potencial de ofrecer insights significativos para la evaluación de la garantía del derecho a la salud y para el desarrollo de políticas públicas que promuevan el crecimiento y la sostenibilidad de las metas de la APS.

REFERENCIAS

AGENDA 2030. **ODS – Objetivos de desenvolvimento sustentável**. [*S. l.*]: ONU, 2015.

BELL, J. **Doing Your Research Project**: a guide for first-time researchers in education and social science. 4. ed. Open University Press, 1999.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, p. 401-412, 2002.

BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. **Decreto nº 64.867, de 24 de julho de 1969**. Institui o Fundo Nacional de Saúde (FNS), vinculado ao Ministério da Saúde, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1969]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/d64867.htm#:~:text=DECRETA%3A,desenvolvidos%20pelo%20Minist%C3%A9rio%20da%20Sa%C3%BAde.. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 806, de 24 de abril de 1993**. Reorganiza o Fundo Nacional de Saúde [...]. Brasília, DF: Presidência da República, [1993]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/antigos/D0806.htm#:~:text=DECRETO%20No%20806%2C%20DE%2024%20DE%20ABRIL%20DE%201993&text=Reorganiza%20o%20Fundo%20Nacional%20de,28%20de%20dezembro%20de%201990.. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. **Decreto nº 3.964, de 10 de outubro de 2001**. Dispõe sobre o Fundo Nacional de Saúde e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [2001]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/d3964.htm. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, [2000]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc29.htm#:~:text=EMENDA%20CONSTITUCIONAL%20N%C2%BA%2029%2C%20DE%2013%20DE%20SETEMBRO%20DE%202000&text=34%2C%2035%2C%20156%2C%20160,e%20servi%C3%A7os%20p%C3%BAblicos%20de%20sa%C3%BAde.. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. **Lei** nº **8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, [1990a]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 1 0 nov. 2022.

BRASIL. **Lei** nº **8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS} e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde [...]. Brasília, DF: Presidência da República, [1990b]. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL. **Saúde da família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1998. 36 p.

BRASIL. O que é Atenção Primária? **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, s.d. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/. Acesso em: 10 nov. 2022.

BRASIL, V. P.; COSTA, J. S. D. Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária em Florianópolis, Santa Catarina-estudo ecológico de 2001 a 2011. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 25, p. 75-84, 2016.

CARVALHO, J. L.; BRASILEIRO, T. S. A. Transparency as a Tool in Building Efficient Public Institutions: A Bibliometric Study. **International Journal of Advanced Engineering Research and Science**, [*s. l.*], v. 9, p. 001-007, 2022.

COELHO, A. C. L.; BRASILERO, T. S. A. **Intersetorialidade como política de gestão do Programa Saúde na Escola**: um estudo no município de Santarém-PA. – Brasília, DF: Rosivan Diagramação & Artes Gráficas, 2021.

COHEN, M. *et al.* Complicaçöes da reconstrução intra-articular com tendäo patelar: relato preliminar. **Revista Brasileira de Ortopedia**, São Paulo, p. 245-8, 1992.

GALARÇA, S. P. *et al.* Correlação de Pearson e análise de trilha identificando variáveis para caracterizar porta-enxerto de Pyrus communis L. **Ciência e Agrotecnologia**, Lavras, v. 34, p. 860-869, 2010.

HERNÁNDEZ SAMPIERI, R.; FERNÁNDEZ COLLADO, C.; BAPTISTA LUCIO, P. **Metodología de la investigación**. 6. ed. Nova York: McGraw-Hill Interamericana, 2014.

PESCUMA JUNIOR, A.; MENDES, A. O Fundo Nacional de Saúde e a prioridade da média e alta complexidade. **Argumentum**, Vitória, ES, v. 7, n. 2, p. 161-177, 2015.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, p. 867-874, 2011.

LIMA, D. V.; SILVA, L. M. V. C. D.; VARÃO, R. Introdução de relatórios financeiros populares nos conselhos municipais de saúde do Brasil. **Revista Contemporânea de Contabilidade**, Florianópolis, v. 19, n. 51, p. 139-161, 2022.

LOURENÇO, E. C. *et al.* Variáveis de impacto na queda da mortalidade infantil no Estado de São Paulo, Brasil, no período de 1998 a 2008. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 2055-2062, 2014.

MALTA, D. C. *et al.* A cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, p. 327-338, 2016.

MEDINA, M. G. *et al.* Atenção primária à saúde em tempos de COVID-19: o que fazer? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 36, p. e00149720, 2020.

MORAZ, G. *et al.* Estudos de custo-efetividade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, p. 3211-3229, 2015.

OPAS. Atenção Primária à Saúde. **Organização Pan-Americana de Saúde**, Washington, DC, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/pt/topicos/atencao-primaria-saude. Acesso em: 20 nov. 2022.

PAULUS JÚNIOR, A.; CORDONI JÚNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006.

PROADESS. Matriz de Indicadores. **Projeto de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde**, Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matraba. Acesso em: 03. dez. 2022.

SARTI, T. D. *et al.* Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, DF, v. 29, p. e2020166, 2020.

SOARES FILHO, A. M. *et al.* Atenção primária à saúde no Norte e Nordeste do Brasil: mapeando disparidades na distribuição de equipes. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, p. 377-386, 2022.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select _action=&co_obra=14609. Acesso em: 18 nov. 2022.

VIEIRA, D. C. R. *et al.* Políticas voltadas ao financiamento do SUS: Fundo Nacional de Saúde. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICAS PUBLICAS PARA A AMERICA LATINA, 1., 2017, Itajaí. **Anais** [...]. Itajaí: CIPPAL, 2017. p. 256.

Submissão: 09/12/2022 • Aprovação: 20/03/2024