



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

ISRAELLA DIAS DE OLIVEIRA

ANÁLISE CONCEITUAL DO TIPO DE SISTEMA DE SAÚDE DA COSTA RICA
APÓS A REFORMA DO SETOR SAÚDE EM 1993 PELO ESTADO: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2023

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO ACADÊMICO DA VITÓRIA

BACHARELADO EM SAÚDE COLETIVA

ISRAELLA DIAS DE OLIVEIRA

**ANÁLISE CONCEITUAL DO TIPO DE SISTEMA DE SAÚDE DA COSTA RICA
APÓS A REFORMA DO SETOR SAÚDE EM 1993 PELO ESTADO: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva.

Orientador(a): Dr^a. Petra Oliveira Duarte

VITÓRIA DE SANTO ANTÃO

2023

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Oliveira, Israella Dias.

Análise conceitual do tipo de sistema de saúde da Costa Rica após a reforma do Setor Saúde em 1993 pelo Estado: revisão integrativa da literatura / Israella Dias Oliveira. - Vitória de Santo Antão, 2023.

63

Orientador(a): Petra Oliveira Duarte

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico de Vitória, Saúde Coletiva, 2023.

1. Costa Rica. 2. sistema de saúde. 3. reforma do setor saúde. 4. atenção primária. 5. tipo de sistema. I. Duarte, Petra Oliveira. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

ISRAELLA DIAS DE OLIVEIRA

**ANÁLISE CONCEITUAL DO TIPO DE SISTEMA DE SAÚDE DA COSTA RICA
APÓS A REFORMA DO SETOR SAÚDE EM 1993 PELO ESTADO: REVISÃO
INTEGRATIVA DA LITERATURA**

TCC apresentado ao Curso de Bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco, Centro Acadêmico da Vitória, como requisito para a obtenção do título de Bacharela em Saúde Coletiva.

Aprovado em: 28/09/2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof^o. Dr^a. Petra Oliveira Duarte (Orientador)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr^a. Fabiana de Oliveira Silva Sousa (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof^o. Dr^a. Jorgiana Oliveira Manguieira (Examinador Interno)

Universidade Federal de Pernambuco

RESUMO

Introdução: Reformas do setor saúde compreendem um conjunto de transformações nas diferentes instâncias e funções do setor objetivando ampliar a equidade na prestação de serviços, a eficiência na gestão e a efetividade de suas ações para obter a satisfação das necessidades de saúde da população. **Objetivo:** O estudo se propõe analisar o tipo de sistema de saúde Costarriquenho a partir do marco temporal referente a reforma do setor saúde ocorrida em 1993 idealizada pelo Estado. **Metodologia:** Baseia-se na revisão integrativa da literatura, utilizando produções científicas publicadas no período de 1993 a 2022, nos idiomas inglês, português e espanhol sobre a temática em plataformas digitais do Portal do BINASS, (LILACs) e MEDLINE a partir dos descritores: sistema de saúde, reforma do setor saúde, seguridade social, cobertura universal do seguro de saúde e Costa Rica com auxílio dos booleanos (AND), sendo incluídos 13 artigos publicados em espanhol com texto completo alinhados as categorias de análise: reforma do setor saúde, acesso, cobertura e financiamento do sistema de saúde da Costa Rica. A fase de seleção dos artigos manteve os critérios das categorias de análise aplicando a técnica da leitura analítica e análise de conteúdo para extração dos dados de interesse do estudo **Resultados:** A reforma consolidou o Modelo Bismarkiano implementado em 1924, atrelado as alterações no modelo de gestão Caja Costarricense de Seguro Social. visando manter a sustentabilidade seguro social obrigatório e a participação do mercado privado pelas cooperativas sem estabelecer um modelo de quasimercado no sistema. No nível assistencial o sistema fortaleceu a atenção primária com a criação das EBAIS, ampliou o seguro social a população vulnerável modificando a cobertura da população rural, entretanto a redução dos vínculos formais de trabalho e o interesse pela compra de serviços de saúde no setor privado implicam na receita do Fundo social da Costa Rica, o perfil epidemiológico e a pirâmide etária da população que apresenta gerando custos operacionais nos níveis de alta complexidade dos serviços de saúde.

Palavras-chave: costa rica; tipo de sistemas; reforma do setor saúde; sistema de saúde; atenção primária.

ABSTRACT

Introduction: Health sector reforms comprise a set of transformations in the different instances and functions of the sector with the aim of increasing equity in the provision of services, efficiency in management and the effectiveness of its actions in order to meet the health needs of the population. **Objective:** The study aims to analyze the type of Costa Rican health system from the perspective of the 1993 health sector reform envisioned by the state. **Methodology:** It is based on an integrative literature review, using scientific productions published from 1993 to 2022, in English, Portuguese and Spanish on the subject on digital platforms of the BINASS Portal, (LILACs) and MEDLINE from the descriptors: health system, health sector reform, social security, universal health insurance coverage and Costa Rica with the aid of *boolean* (AND), and 14 articles published in Spanish were included with full text aligned to the categories of analysis: health sector reform, access, coverage and financing of the Costa Rican health system. The selection phase of the articles maintained the criteria of the categories of analysis, applying the technique of analytical reading and content analysis to extract the data of interest to the study. **Results:** The reform consolidated the Bismarkian Model implemented in 1924, coupled with changes in the CCSS management model aimed at maintaining sustainability compulsory social insurance and private market participation by cooperatives without establishing a quasimarket model in the system. At the care level, the system has strengthened primary care with the creation of the EBAIS, expanded social insurance to the vulnerable population and modified the coverage of the rural population. However, the reduction in formal employment relationships and the interest in purchasing health services in the private sector have an impact on the income of the Costa Rican Social Fund, the epidemiological profile and the age pyramid of the population that it presents, generating operating costs at the high complexity levels of health services.

Keywords: costa rica; type of systems; health sector reform; system health; primary health care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|--|----|
| Quadro 1- Descrição das modalidades seguros e cotas contribuição dos seguros segundo a categoria de contribuintes | 35 |
| Figura 1 - Níveis de Atenção à Saúde e Unidades de prestação dos serviços na Costa Rica. | 36 |
| Quadro 2- Descritores elegidos segundo o DeCS na aplicação das bases de dados: LILACS; MEDLINE; BINASS. | 41 |
| Figura 2 - Fluxograma das etapas de seleção e análise dos artigos nas bases do BINASS, LILACS e MEDLINE no período de 1993 a 2022 incluídos na revisão. | 43 |
| Quadro 3- Apresentação dos artigos incluídos neste estudo. | 45 |
| Quadro 4- Apresentação dos artigos incluídos neste estudo. | 46 |
| Quadro 5- Objetivos do processo de reforma segundo os anos de publicação dos estudos. | 48 |
| Quadro 6- Cobertura do sistema de saúde da Costa Rica | 52 |

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução de indicadores Sociais, Costa Rica 1970-2000

31

LISTA DE ABREVIACÕES

| | |
|--------|---|
| APS | Aten Primária  Saúde |
| CCSS | Caixa Costarriquenha de Seguro Social/Caja Costarricense de Seguro Social |
| CEN | Centro de Educação e Nutrição |
| CEPAL | Comisso Econmica Para América Latina e Caribe |
| CINAI | Centro de Nutrição e Alimentação Infantil |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| CR | COSTA RICA |
| EBAIS | Equipes Básicas de Atenção Integral |
| FMI | Fundo Monetário Internacional |
| FODASF | Fundo do Desenvolvimento Social e Subsídios Familiares |
| IAFA | Instituto de Alcoolismo e Dependência de Drogas |
| INEC | Instituto Nacional de Estatística |
| OPAS | Organização Panamericana de Saúde |
| PIB | Produto Interno Bruto |
| PNL | Partido Nacional Liberal |
| PUSC | Partido de Unidad Social-Cristina |
| SEM | Regime Geral de Doenças e Maternidade |
| SIVM | Sistema de Invalidez, Velhice e Morte |
| TBM | Taxa Bruta Mortalidade |
| TbMI | Taxa Bruta de Mortalidade Infantil |
| TBN | Taxa Bruta de Natalidade |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 13 |
| 2 MARCO TEÓRICO..... | 16 |
| 2.1 Sistema de Saúde..... | 16 |
| 2.1.1 <i>Componente do Sistema de Saúde.....</i> | 18 |
| 2.2 Tipo de Sistema de Saúde | 20 |
| 2.2.1 <i>Seguro.....</i> | 22 |
| 2.2.2 <i>Assistência Social.....</i> | 23 |
| 2.2.3 <i>Seguridade Social</i> | 23 |
| 2.2.4 <i>Sistema Híbrido.....</i> | 24 |
| 2.3 Setor Saúde | 26 |
| 2.3.1 <i>Reforma do Setor Saúde.....</i> | 26 |
| 2.4 Costa Rica..... | 30 |
| 2.4.1 <i>Sistema de Saúde da Costa Rica.....</i> | 32 |
| 2.4.2 <i>Reforma do Sistema de Saúde da Costa Rica</i> | 37 |
| 3 OBJETIVOS..... | 40 |
| 3.1 Objetivo Geral..... | 40 |
| 3.2 Objetivos Específicos | 40 |
| 4 METODOLOGIA | 41 |
| 4.1 Delineamento do Estudo | 41 |
| 4.2 Coleta e Análise de Dados..... | 41 |
| 4.3 Considerações Éticas | 44 |
| 5 RESULTADOS..... | 45 |
| 5.1 Aspectos da Reforma do Setor Saúde | 46 |
| 5.2 Aspectos relacionados a Cobertura e o Acesso ao Sistema | 49 |
| 5.3 Aspectos direcionados ao Financiamento do Sistema de Saúde..... | 51 |

| | |
|--|-----------|
| 5.4 Principais aspectos registrados no Processo de Implementação da Reforma do Setor Saúde..... | 53 |
| 6 DISCUSSÃO | 56 |
| 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 59 |
| REFERÊNCIAS..... | 61 |

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde definiu em 1947 a saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença” (SEGRE, FERRAZ, 1997). A assistência à saúde pode ser realizada sob múltiplas formas e contextos envolvendo recursos diversos com a participação de atores sociais, representantes das instâncias governamentais, as organizações, os indivíduos e suas interações sociais nos referidos espaços produção. Os sistemas de saúde dispõem do conjunto de elementos organizados e gerenciados em uma política que visa fornecer ações e serviços de saúde estabelecendo a prevenção, promoção e proteção da saúde frente aos agravos (CONILL, 2012).

A partir da configuração do sistema de saúde em sua forma de acesso, nível de cobertura, origem do financiamento e intervenção do Estado na política de gestão o tipo de sistema de saúde é denominado. Dessa forma, pode ser caracterizado no modelo Bismarckiano (cobertura universal por meio de seguro social obrigatório), Beveridgeano (cobertura universal resultante da arrecadação fiscal atrelado a gestão pública da atenção à saúde) e Adam Smith (seguros privados), neste último a contratação é voluntária na modalidade individual ou integrada com a participação dos empresários e colaboradores, sendo assim a compra dos serviços segue o perfil de mercado (SERAPIONE; TESSER, 2019).

No início da década de 90, a Cúpula das Américas realizou uma reunião especial direcionada à Reforma do Setor da Saúde com participação de governos, organizações de cooperação técnica interessadas e doadores no intuito de debater e estabelecer um marco conceitual regional no que tange os processos de reforma e delineamento do papel da Organização Panamericana de Saúde nas ações de monitoramento e avaliação de planos e programas de reforma nacional (OPAS, 1997).

Em setembro de 1995, a OPAS e as Agências de cooperação das Américas realizaram uma “Assembleia Extraordinária”, tendo como pauta a prestação eficiente dos serviços de saúde, além da boa qualidade a todos os habitantes, visando garantir a equidade frente às necessidades acumuladas e emergentes da população (OPAS, 1997).

Neste cenário, os problemas relacionados aos sistemas de saúde estavam pautados no aumento dos gastos com recursos humanos e medicamentos, redução

na qualidade dos serviços, exigência de melhorias por parte da população, iniquidades crescentes, deficiência na relação custo/eficácia caracterizando desempenho ineficiente do sistema (VIANA; D' AVILA, 2002).

Em virtude dos problemas elencados, as reformas objetivaram propor soluções a partir de diretrizes centrais correspondendo à contenção de custos e redução dos gastos públicos com saúde, a ser realizado pelo aumento na eficiência dos sistemas de saúde, assim como a introdução de novos modelos de assistência em substituição à ênfase na atenção médica individual, curativa e hospitalar, pelas práticas de prevenção, ambulatoriais, domiciliares e intersetoriais (VIANA; D' AVILA, 2002).

Para Dal Poz e Viana (2005), os processos de reforma nos sistemas de saúde podem obedecer a lógica *big bang*, na qual as modificações ocorrem de forma expressiva produzindo significativas transformações no funcionamento do sistema, diferentemente do tipo incremental, cujo impacto é de baixa proporção pois é consolidado por ajustes pequenos e sucessivos no decorrer do tempo.

Em linhas gerais, o sistema da Costa Rica possui um curso histórico de reformas em seu sistema de saúde, a primeira ocorreu na década de 1940, a segunda na década de 70 e a terceira em 1993, propondo estruturar um sistema universal a população considerando a modalidade do seguro social por intermédio da Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), instituição pública subordinada ao Ministério da Saúde da Costa Rica (FUENTES, 2018).

Portanto, busca-se através da análise da literatura realizar o diagnóstico das singularidades que envolvem os conceitos: cobertura, acesso, formas de financiamento e a organização estrutural do sistema de saúde Costarricense no intuito de compreender o layout e aferir a classificação do tipo de sistema de saúde após a reforma do setor saúde no ano de 1993. A pesquisa foi desenvolvida sobre o seguinte questionamento: **Que tipo de sistema de saúde se estabeleceu com a contribuição da reforma do setor saúde de 1993, promovida pelo Estado da Costa Rica?**

A relevância deste estudo se justifica pelo processo de mudanças nos sistemas de saúde, tais transformações podem ocorrer nos modelos de atenção à saúde como no modelo de sistema de saúde, implicando no financiamento, no acesso e na cobertura assistencial, considerando seu contexto histórico, cultural, econômico, as particularidades políticas, além da representação do perfil

epidemiológico, demográfico, nutricional que compõe as estratégias de enfrentamento aos agravos de saúde. Considerando o delineamento do modelo de sistema para o suporte assistencial é possível verificar a preconização do direito à saúde e os métodos aplicados para assegurá-lo com efetividade.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Sistema de Saúde

A formação de um sistema envolve elementos de natureza distinta, de modo a agrupar fomentos para sua idealização, implantação e manutenção. No contexto social, os aspectos políticos, econômicos e culturais modelam os seguimentos de serviços para atender à demanda populacional e desenhar o perfil da sociedade em questão, considerando objeto da macropolítica e micropolítica dos territórios (MERHY, 2006).

As demandas geradas nesses espaços permitem compreender a população em sua singularidade, reverberando os elementos do meio, da cultura, dos vínculos trabalhistas, a genética dos indivíduos, o processo de saúde-doença nos ambientes ocupados pelas populações, contribuindo para produção de reflexões sobre o fornecimento da assistência à saúde (CONILL, 2006).

Para Giovanella *et al.* (2012), os sistemas de saúde advêm da construção do pensamento de desenvolvimento socioeconômico, visto que a relação do ser humano com a geração de capital baseia-se na força de trabalho amplamente explorada, acarretando na exposição aos fatores de risco a saúde, por conseguinte desencadeando processos patológicos, portanto, sua égide considera as práticas de saúde como componente de um contexto de ordem biológica, social e capitalista. Dessa forma, a organização das práticas de saúde envolvendo as ações tecnicistas, as políticas de saúde, os fundos de investimentos, a disposição estrutural corroborando na formação de um sistema de saúde com peculiaridades de implantação e gestão.

Para Giovanella (2012, p,89), um sistema de saúde compreende:

o conjunto de relações políticas econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes a saúde de uma dada população que se concretizam em organizações, regras e serviços que visam a alcançar resultados condizentes com a concepção de saúde prevalecente na sociedade.

Portanto, os objetivos dos sistemas de saúde compreendem: responder às necessidades da população, melhorar a saúde da população e dispor de proteção financeira em saúde; estes objetivos foram delineados pela Organização Mundial da

Saúde. Ao serem articulados entre si, a capacidade resolutive do sistema torna as estratégias operacionais tangíveis considerando os recursos e as atividades desenvolvidas na prestação dos serviços à população mediante ao arranjo estrutural disponível nos sistemas (ROA; MARQUES; PIOLA, 2016).

A representação do Estado como autor principal no processo de construção do sistema de saúde desenvolveu-se a partir da provisão dos recursos, de normas que possibilitassem ações e serviços de saúde, com ênfase na cura, reabilitação, prevenção, promoção da saúde, proteção ao meio ambiente, acrescidos de equipamentos e tecnologias apresentando nesse contexto, um viés de política pública no exercício do processo de governança (ALMEIDA, 2002).

Para Bobbio (2002), a política (*politics*) corresponde aos esforços humanos direcionados às ações de aquisição e conservação dos recursos utilizados para subsidiar atividade de poder sobre os indivíduos. Enquanto a política (*policy*), refere-se ao emprego de um modelo de gestão com recomendações objetivas visando a tomada de decisão, comumente aplicada no setor público ou privado no desenvolvimento do exercício das suas funções, conforme o nível hierárquico e a natureza da atividade. Seguindo o pensamento teórico do autor, a política pública (*public policy*) contempla aspectos concretos e simbólicos do conhecimento, consolidando o processo de elaboração, aplicação e desempenho das decisões políticas.

Na perspectiva de Secchi *et al.* (2019), a política pública é compreendida como uma diretriz, propondo elucidar problemas de ordem pública, sendo formada por dois componentes: o motivo pelo qual a política é idealizada e a resolubilidade proposta, e requerem relevância para a coletividade. Portanto, considera a representação institucional do Estado como precursor das políticas públicas, podendo essas estarem sujeitas a atores participantes de outras instâncias da sociedade com vistas a delinear propostas, decisões e resguardar os benefícios da coletividade. Em corroboração a essas fundamentações, há as teorias de governança pública (RHODES, 1996; GOODIN, REIN, MORAN, 2008), da coprodução do bem público (DENHARDT, 2012), das redes de políticas públicas (BÖRZEL, 1997; KLIJN, 1998), resultando na interação horizontalizada da sociedade com Estado, objetivando fomentar soluções às demandas públicas.

A notoriedade da saúde como fator de relevância na composição de uma sociedade desenvolvida evoluiu paulatinamente, resultando nas concepções de

saúde coletiva, a saúde como direito social, medicina social e no decorrer desse percurso eventos políticos, econômicos motivaram as reflexões sobre a saúde e suas relações na ótica da população, do Estado e segmento mercadológico dos serviços de saúde, figura marcante e participante dos sistemas de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

2.1.1 Componente do Sistema de Saúde

Um sistema agrega ações, funções, recursos e fluxos operando com uma logística própria, seu ritmo obedece a variáveis estruturais segmentadas que lhes caracterizam enquanto sistema, bem como por elementos externos. Para Romer (1991), sistema define-se pelo “conjunto de partes interrelacionadas e interdependentes cujo objetivo é atingir determinados fins”.

Os sistemas de saúde envolvem desde assistência à saúde, com exercício das práticas do modelo biomédico, ao diversificado cenário mercadológico, através da inserção e valorização das tecnologias, investimentos em pesquisas promovidos pelas empresas no desenvolvimento dos produtos e serviços para atender o setor saúde, alimentando os preceitos capitalistas com a criação contínua de novos empreendimentos e por conseguinte proporcionando ao consumidor a capacidade de escolha conforme seu perfil financeiro (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Os componentes do sistema de saúde referem-se aos elementos organizativos como os recursos humanos, materiais, financeiros, arranjo dos serviços, capital intelectual dialogam sobre as interações produzidas no ambiente interno e externo dos sistemas (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Atributos dos componentes do sistema de saúde segundo Giovanella e colaboradores (2012):

- **Cobertura:** capacidade de fornecer acesso da população aos serviços de saúde em seus níveis de complexidade e especialidades podendo ser global ou em proporções parciais conforme a tipologia que rege o modelo assistencial.
- **Organizações:** entende-se por um arranjo organizativo responsável por desenvolver ações de condução, regulação, gestão e administração no sistema.

- **Insumos:** corresponde a qualquer elemento direcionado a promover prevenção e tratamento de saúde. A produção dos insumos geralmente é realizada pelas organizações ou instituições com centros de pesquisa para o desenvolvimento de tecnologias para gerar produtos e abastecer o setor saúde. O Estado tem papel relevante sobre a regulação dos produtos e serviços a serem acessados e adquiridos pela população, através dos órgãos fiscalizadores que o monitoramento e controle são exercidos pelo governo.
- **Redes de serviços:** estrutura organizacional agregadora do conjunto de elementos assistenciais que compõem o sistema de saúde, no que tange a ações e serviços sendo executadas em diferentes níveis de densidade tecnológica em caráter de serviços coletivos ou serviços de assistência médica. Nos serviços coletivos, ocorrem as ações voltadas para as demandas de promoção, prevenção e controle, com vistas a assegurar a população dos agravos em saúde, como por exemplo: as ações de vigilância e controle ambiental com as atribuições afins. Na assistência média, as demandas são individualizadas prestando serviços em unidades ambulatoriais com atenção primária, clínicas especializadas (exames e procedimentos sem internação) nível hospitalar e atenção de longa duração disponível na modalidade público ou privado.
- **Força de trabalho:** formado pelos recursos humanos, são os profissionais das diferentes áreas técnicas desenvolvendo suas atribuições para realização das ações e serviços de saúde, abrangendo desde as áreas das ciências da saúde, bem como a gerencial e executiva das tarefas de manutenção e funcionamento da estrutura física, na assessoria do suporte de tecnologias, na operação de equipamento e bens moveis produzindo a força de trabalho. Os vínculos empregatícios podem ser categorizados pelo sistema de contratação respeitando a lógica de mercado, nesse perfil as organizações estabelecem os fluxos contratuais movimentando o setor trabalhista com abertura frequentes de vagas e requisitos para ocupá-las, no modelo de seguro os profissionais vendem sua força de trabalho para empresas, que se organizam em gerenciar as demandas de compra e venda de consultas, exames, procedimentos. No contexto estatal, a força de trabalho possui um vínculo a longo prazo, sendo estes funcionários do governo alocados conforme o cargo e a unidades de saúde no qual designada pela

administração, no caso de profissionais com vínculos contratuais atuam nos serviços por tempo determinado conforme a demanda da população e não possui vínculo com a administração.

- **Tecnologia e Conhecimento:** são instrumentos capazes de prover o desenvolvimento de recursos e produtos para estabelecer alternativas, soluções relacionadas aos problemas de saúde e mitigar seus desdobramentos. As contribuições do conhecimento e das tecnologias são estruturas presentes nos sistemas, entretanto o nível que estão disponíveis passa por influência do poder econômico do Estado em inserir, adquirir, desenvolver com recursos próprios ou com parcerias de ordem pública ou privada oportunidade a população na prestação de serviços com alta qualidade e com cobertura ampla em tempo hábil.
- **Financiamento:** apresenta o emprego do capital financeiro considerando a origem, os autores da contribuição, a política de investimento para modelos estatais e de seguro social com coparticipação do Estado e o perfil de mercado em que as organizações responsáveis por aplicar seus montantes e definem em que seguimento atuam, investem e determinam a margem de lucro sobre os preços dos serviços prestados.

Os sistemas não são imutáveis, logo o ordenamento da estrutura passa por influência que emana das concepções sociais, culturais, políticas, econômicas, trazendo consigo, além do histórico de origem, o perfil estrutural, o modelo gerenciamento sendo peculiar conforme a nacionalidade em análise. A complexidade existencial faz parte do sistema, o ser complexo produz diferenças, semelhanças e movimentos permeado por saberes distintos que se complementam, devendo estes considerar seu eixo normativo, as contribuições da dinâmica social proporcionando possibilidades e exceções na assistência à saúde, seja pela perspectiva do componente social ou como produto capital (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

2.2 Tipo de Sistema de Saúde

Os sistemas de saúde possuem funções, as quais reproduzem as concepções da tipologia que as regem, seguindo também seus componentes,

objetivando prover a prestação dos serviços, alocação dos recursos, regulação e gestão. A proposição das funções do sistema possui interdependência com o contexto social, político e econômico, modelando desde os componentes do sistema, a política de gestão sobre uma racionalidade que dialoga com as necessidades de saúde da população, os recursos e modelo de gestão visando produzir assistência com eficiência e eficácia, conforme os princípios que os norteiam (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Entende-se por tipologia o método classificatório de identificação do objeto conforme as características que o compõe, sendo agrupado segundo seus atributos na categoria pertinente (LAKATOS; MARCONI, 2017).

Para fins de compreensão no campo de estudo dos modelos de sistemas de saúde, um modelo de assistência à saúde utiliza como parâmetro classificador a capacidade assistencial em níveis de densidade tecnológica, seus componentes (cobertura, acesso, as formas de financiamento), o arranjo organizativo do sistema, a influência do Estado na política do sistema e o mercado na participação do processo de prestação dos serviços de saúde à população (CONILL, 2006).

Os modelos de sistemas de saúde podem apresentar-se como uma política de Estado segundo a concepção governamental do país, no qual a assistência à saúde é disponibilizada para população como instrumento de proteção social, de modo que o acesso e a cobertura possuam distinções. Sendo assim, a população poderá se deparar com a modalidade de seguro social, seguridade social e assistência social residual, além de dispor da livre presença do mercado, estando sujeito apenas aos processos regulatórios legais por parte do Estado (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

Considerando a modalidade de seguro social, as distinções ocorrem desde o perfil de financiamento do sistema composto pelas contribuições tripartite (empresários, funcionários e o governo) ao gerenciamento dos serviços obedecendo à lógica segmentada conforme as categorias de trabalho, essa graduação implica em desigualdades na forma de acesso aos serviços. Distintamente, do exposto nos modelos anteriores, a assistência social residual objetiva prover serviços de saúde para uma parcela da população identificada como desprovida de recursos e incapaz de custear a assistência de saúde ofertada no mercado, nessa conjuntura social o Estado não fomenta a política de saúde sobre o entendimento dos princípios de

justiça social existente na seguridade social ou colaborador da assistência encontrado no seguro social (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

2.2.1 Seguro

Consolidado por um modelo assistencial de proteção social, o seguro social corresponde a assistência seletiva, visto que os serviços de saúde são organizados em pacotes de serviços, cujo acesso necessita de contribuição dos empregados com vínculos formais, empregadores e a parcela contributiva do governo. Além do critério de acessibilidade, há o perfil de contribuição associada a categoria trabalhista do qual faz parte, implicando na quantidade de serviços à disposição. Com um layout por classes trabalhistas nomeadas de Caixas de Doenças e Seguros Sociais, a disparidade nos pacotes de serviços das categorias trabalhistas e as cotas de pagamentos foram redesenhadas a partir de Legislação Progressistas, permitindo a inserção dos trabalhadores vinculados as categorias anteriormente excluídas além de prover semelhanças no acesso aos serviços e ampliação da cobertura população trabalhista (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

De acordo com as particularidades envolvidas a tipologia seguro social se enquadra no Modelo Bismarckiano proposto por Otto von Bismarck na Alemanha, em 1883, motivado pela conjuntura de transição do regime do Estado e as interações duais (trabalho-capital), emergem os seguros sociais de doenças compulsória na defesa do desenvolvimento de assistência a população, considerando a racionalização das intervenções do governo no formato de organização acarretando na ampliação das ações do Estado na participação social. Na medida em que se propunha acessória para atingir o bem-estar social para os trabalhadores, por meio dos seguros sociais para acidentes de trabalho, doença, velhice e invalidez, mitigava a ideia do pensamento democrático que tumultuava a ordem da sociedade autoritária e intransigente as reivindicações sociais ao modelo de gestão democrática, contudo disposto a realizar concessões para manter a gestão institucional do Estado no molde autoritário fornecendo as políticas assistencialistas restrita à estratos da população (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

A valorização da repressão a qualquer modificação na gestão autoritária de governança conduziu a propostas das quais resultou na aprovação dos seguros

compulsórios, após fortes enfrentamentos sociais com leis que impediam as organizações sindicais e as discussões sobre acesso, financiamento encontrando resistência por parte dos parlamentares conservadores sobre a cota contributiva do Estado geridos por sociedades mútuas mediante as arrecadações dos empregadores e empregados consolidando um modelo sem participação do governo posteriormente o modelo de seguro social acumulou os recursos contributivos do Estado ao montante financeiro ampliando os serviços e cobertura para as categorias vinculadas (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

2.2.2 Assistência Social

O modelo operativo desse sistema de saúde é centrado na lógica de mercado, logo não há interferência estatal na política de implantação, financiamento, cobertura dos serviços. Ao governo compete gerir órgãos regulatórios, assim como em qualquer outra área da sociedade a prestação da assistência à saúde requer critérios de controle qualidade na prestação dos serviços no sistema considerado as demandas das ciências médicas, as tecnologias aplicadas desde a produção de fármacos ao desenvolvimento de equipamentos de diagnose, dispositivos médicos e congêneres requerendo parâmetros e certificações de segurança e eficácia (TOBAR, 1997).

A justiça social é estruturada nesse sistema a partir da cobertura dos serviços de saúde a grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e carente, o que caracteriza o “Estado Mínimo” na assistência à saúde com pacote de serviços restritos deixando exposto o potencial de interferência de possuir recursos financeiros para ter acesso aos serviços de saúde em quantidade e qualidade da assistência em prol da vida humana, respeitando a singularidade dos indivíduos (TOBAR, 1997).

2.2.3 Seguridade Social

O arcabouço do sistema na tipologia seguridade social prevê a centralização da implantação, organização e execução das incumbências fomentadas pelo Estado, de modo que assistência à saúde é considerada um princípio de justiça

social permitindo o acesso universal da população as redes de serviços geridas pelo governo. Essa característica da capitação dos recursos para seu funcionamento serem oriundos da arrecadação fiscal pelo Estado e posteriormente submetidos ao planejamento, alocação dos percentuais de investimentos nos setores assistências regulamentadas pela legislação e executados conforme os mecanismos de governança em cada país. Como sistema nacional que prima pela saúde como direito social fornecido a partir de uma política estatal a população, faz-se necessário ressaltar que os princípios e diretrizes norteadores do arranjo organizativo podem ser diferentes, porém devem ter em comum o acesso universal e os custos fomentados pelo Estado (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

O primeiro sistema público universal data de 1921, intitulado por Modelo Semashko implantado na Rússia durante contexto social da Revolução Soviética, este modelo possuía todos os componentes administrados e custeados pelo governo, servindo de referência para os países com regime socialista e alguns países da Europa. Posteriormente surgiu o Modelo Beveridgeano ou sistemas nacional de saúde instituído na Inglaterra em 1946, sob a ótica da saúde resguardada como o direito dos cidadãos, influenciado pelo Relatório Beveridge (1942). Em continuidade as características do modelo Semashko de acesso universal aos serviços de saúde, o modelo Beveridgeano reporta a participação da organização privada na prestação de serviços à população, sobre o caráter complementar obedecendo parâmetros para prestação dos serviços financiados pelo governo. Dessa forma, o Estado se mantém como principal detentor dos grandes fluxos dos serviços de saúde (GIOVANELLA *et al.*, 2012).

2.2.4 Sistema Híbrido

No híbrido, a configuração composta pelo setor público e privado o sistema dispõe serviços de saúde a população. A representação da política gerencial com base nos preceitos de justiça social fundamenta o viés público buscando assegurar a disposição dos serviços de forma universal, no âmbito do setor privado há o desdobramento da política aberta de mercado com compra direta dos serviços pelos demandantes, assim como a coparticipação no fornecimento de serviços mediante a contratação pelo setor público visando atender as lacunas existentes na prestação

de serviços, além de garantir o acesso e a integralidade da assistência à saúde (RIBEIRO; VAITSMAN, 2019).

O desenvolvimento da assistência está permeado pelo dualismo dos valores que regem cada setor e a capacidade de resposta no processo de governança. Nos sistemas instalados na Europa, o gerenciamento das demandas e fornecimento dos serviços consistem em dinâmicas com respostas adaptativas, políticas incrementais alimentando um fenômeno promotor de aberturas e consensos com mudanças marginais na estrutura institucional tendo em vista que as alterações ocorrem para conter uma problemática sem que requeira uma transformação institucional em seu modelo estrutural apresentando, portanto, soluções coerentes e tangíveis (RIBEIRO; VAITSMAN, 2019).

O hibridismo nos sistemas de saúde é cercado por concepções filosóficas e análise aplicada da política resultando na formalização dos valores identitário do sistema conforme a nação. Partindo das concepções hegelianas a filosofia política permite um contexto histórico contributivo gerando alicerces, reflexões dentro de uma dialética fundamentada na com exposição das ideias e suas contradições em meio a processos densos de mudanças sociais e políticas. Enquanto, Pierson (2004) aborda a influência de instrumentos no desenvolvimento das instituições mediante ao desdobramento das trajetórias percorridas em caráter específico resultando na valorização ou diminuição de desfechos políticos sobre a estrutura (RIBEIRO; VAITSMAN, 2019).

As trajetórias do sistema correspondem no desenvolvimento, implementação, compreensão e exercício das políticas que incidem sobre os sistemas. “A hibridização dos sistemas de saúde ao longo das trajetórias institucionais nacionais e sua relação com os múltiplos eventos representa uma base conceitual” (RIBEIRO; VAITSMAN, 2019). Portanto, no processo de aprimoramento e adaptação aos delineamentos das questões desencadeadas sobre eixo epidemiológico, demográfico, a judicialização na defesa dos interesses individuais, nas ações de retaguarda a grupos vulneráveis e as previsões dos setores industriais e dos serviços consistem na formalização da identidade política com a capacidade de produzir os valores conceituais do modelo político gerencial, desse modo é possível realizar uma leitura dos padrões operativos do sistema, visto que a ocorrência de rupturas e mudanças incrementais oportunizam o estabelecimento dos sistemas híbridos (RIBEIRO; VAITSMAN, 2019).

2.3 Setor Saúde

A dispensação de serviços independente da sua natureza demanda recursos, estes podem ser fomentados e executados pela esfera pública ou privada. O setor da saúde abriga elementos de distinta natureza, seja no âmbito de sua formação, execução ou manutenção. Desse modo, para compreender a amplitude das demandas do setor da saúde no que tange o aspecto econômico, pesquisas são realizadas abarcando os fluxos e os reflexos no contexto social, político e econômico (ALMEIDA, 2002).

Nesse sentido, as construções analíticas sobre o desempenho de investimentos na saúde e o impacto no orçamento da esfera pública é compreendida como pouco eficaz, em virtude das taxas morbimortalidade, esse pensamento foi concebido na década de 70, diante do cenário de crise econômica motivando o Estado a repensar os investimentos públicos nos setores que o compõe. Na perspectiva de Maxwell (1974), as demandas infinitas do setor saúde se contrapõe aos recursos finitos, esta realidade é vivenciada por muitos países incitando-os a refletir sobre a alocação de recursos no setor e o impacto na economia perante sua dinâmica de desenvolvimento (ALMEIDA, 2002).

Com o decorrer do tempo foram se estabelecendo estudos com diferentes metodologias acerca do objeto saúde e economia, dentre estes foi possível formular as raízes da “crise da saúde” evidenciando a persuasão do poder médico, a crise de custo no setor, a intervenção demasiada, o Estado ineficiente e ineficaz, reverberando o poder do complexo médico industrial emanado sob o aporte financeiro estatal e o domínio hegemônico dos médicos desenvolvido no século XX. É importante salientar que o setor da saúde possui características peculiares no que se refere as suas demandas, considerando o quantitativo populacional, o perfil epidemiológico, a densidade tecnológica empregada e por consequências os gastos e custos operacionais (ALMEIDA, 2002).

2.3.1 Reforma do Setor Saúde

Os processos de reformas tiveram seu apogeu nas décadas de 80 e 90. As transformações ocorridas nesse período, acrescidos de outros eventos mantiveram

o curso das reformas instituindo novas conformações nos sistemas de saúde, seja pela redução do papel do Estado, o estímulo a privatizações dentro do setor, o perfil epidemiológico ou pela representação e dimensão das tecnologias na prestação dos serviços, assim como a regulação do sistema desencadeando novas estruturas organizativas e políticas gerenciais para o exercício da atividade fim (ALMEIDA, 1999).

De acordo com Soranz (2019, p,1), entende-se por Reforma do Setor Saúde:

um conjunto de mudanças substantivas nas diversas instâncias e funções do setor saúde com o propósito de aumentar a equidade na prestação de serviços, a eficiência na gestão e a efetividade de suas ações para obter a satisfação das necessidades de saúde da população.

Em 1980, o processo de reforma fora verificado em ação por todos os países ao redor do mundo, a defesa na redução do desequilíbrio fiscal e o objetivo de criar condições macroeconômicas sustentáveis buscava fomentar a eficiência com a valorização dos interesses particulares, sendo este fruto oportuno das pressões sob Estado, além da substituição das tramitações burocráticas discricionárias por regras conferindo maior capacidade de interação ao segmento privado, logo o setor público teria seu papel reduzido e o Estado não desempenharia as funções normatizadas que lhe compete em sua totalidade caracterizando a valorização da perspectiva neoliberal e hegemônica no desenvolver das reformas (ALMEIDA, 1999).

Neste cenário temporal, as reformas eram compreendidas como um processo estritamente técnico, isentando-se de qualquer reflexão ampla considerando concomitantemente o impacto social, político e econômico. Portanto, as reformas ocorreram considerando a ótica da contenção de gastos no aparelho do Estado, defendendo a ruptura da lógica Keneynsiana, visto que o Estado provedor principalmente no âmbito das políticas públicas encontrava-se sobrecarregado em decorrência da crise econômica, além dessas demandas havia a parcela contributiva do Estado nos empreendimentos do setor privado gerando uma linha tênue sobre os interesses a serem priorizados nessa conjuntura (ALMEIDA,1999).

Como um possível caminho para reduzir o impacto econômico prevê a redução de capital para o setor saúde considerando dimensionar o montante para ser investido no setor associado a reforma do sistema de serviços objetivando

centralizar as estratégias focados na eficiência e custo-benefício dos serviços disponibilizados a população (ALMEIDA, 2002).

De acordo com Paim (2019), os cenários da crise econômica nos anos de 1970, acrescidos da reestruturação produtiva e o predomínio do capital financeiro, incorreram no neoliberalismo na década de 80, caracterizado pela priorização do mercado, pelos ataques ao Welfare State e pela desregulamentação do Estado. A partir de então, houve forte presença de movimentos pró-setor privado e pró-mercado obedecendo a lógica neoliberal com intuito de reduzir o papel e as ações do Estado, por consequência a retração no desenvolvimento dos sistemas de proteção e das políticas públicas, sendo assim as políticas neoliberais direcionavam o setor para seis eixos: (1) privatização do público rentável; (2) reconfiguração do financiamento; (3) seletividade de intervenções; (4) centralizar ações nas populações; (5) estímulo ao seguro individual e (6) configuração de pacotes básicos de atenção.

Segundo o Relatório de Desenvolvimento do Banco Mundial de 1993, a forma de condução das reformas varia conforme o país, estes por sua vez determinam o pacote de medidas considerando os objetivos norteadores da política a ser implementada, assim como as abordagens anteriores de outros autores no que tange os problemas dos sistemas de saúde. Segue a descrição dos problemas elencados pelo relatório:

- Alocação de recursos de forma deficiente: os recursos públicos são aplicados em intervenções de saúde com baixa relação de custo-eficácia, considerando a partir de então ampliar o direcionamento dos investimentos no primeiro e segundo nível de atenção à saúde.
- Desigualdade: a ausência no acesso aos serviços básicos de saúde por parte da população pobre. O acesso aos serviços de baixa qualidade ocorre nos atendimentos de forma gratuita ou através dos benefícios de seguro de saúde nos hospitais estaduais modernos terciário com financiamento privado e de seguros público de saúde.
- Ineficiência: montante da capital gasto de forma inadequada na prestação dos serviços de saúde, ausência da racionalização e planejamento e gestão coerente dos recursos, tendo por exemplo: a preferência da compra de fármacos de laboratórios de marca, podendo ser adquirido fármacos classificados como genéricos, a má gestão dos leitos hospitalares, a centralização dos sistemas

estatuais, além de serem burocráticos e insuficiente para atender as necessidades dos cidadãos, ressalta o tempo exacerbado na definição de padrões no campo da segurança ocupacional, poluição ambiental e projetos de promoção de saúde.

- Acréscimo súbito de custos: nos países em desenvolvimento, os gastos com saúde crescem exponencialmente enquanto a renda cresce aritmeticamente.

A partir da caracterização dos problemas, a reforma dos sistemas deve seguir os seguintes princípios recomendados pelo relatório do Banco Mundial (1999), em delineamentos gerais a nação precisa dispor de instrumentos para captar, armazenar e processar dados da população quanto aos agravos e os determinantes sociais associados ao processo de saúde e doença da população. Na prestação dos serviços de saúde, o Estado fica responsável por acolher a demanda da população desprovida de recursos viabilizando o viés da justiça social nos moldes do “Estado mínimo”, no que tange o setor privado sua existência é prevista na prestação dos serviços de saúde e sua dimensão dependerá da configuração delimitada pelo Estado-Nação, além de ser responsável por estabelecer normatizações para o funcionamento dos serviços (LIMA,2015; RIZZOTTO, 2000).

Conforme Dal Poz (2005), a orientação da agenda global de saúde na década de 90 constitui-se de propostas organizadas em três blocos: a separação das funções de provisão e financiamento das ações de saúde; a inclusão de mecanismos de mercado através da competição administrada; e a ênfase na efetividade clínica (resultado das ações de saúde), como exemplo desse processo nos diversos países do mundo considerando as tendências de alteração de modelos integrado público para o modelo do tipo contratual.

Em consonância ao preceito dos anos 80, o modelo integrado público pode ser observado em alguns países, a citar a Inglaterra (1948); Dinamarca (1960); Suécia (1962); Itália(1978), assim como outros que dispôs de uma estrutura organizativa caracterizada por elevado grau de integração vertical, da qual desde o capital financeiro aos demais recursos partiam do Estado, este por sua vez desempenha o papel de provedor, executor e regulador referenciando o modelo integrado público tendo por vantagem maior controle de qualidade e quantidade na produção, enquanto as desvantagens baseiam-se no volume de demandas, na proporção que a cobertura assistencial se amplia redimensiona os gastos com os serviços de saúde Na década seguinte, a tendência correspondeu à modificação

do público integral para inserção de mecanismos de mercantilização na estrutura e provisão dos serviços de saúde com foco no modelo contratual favorecendo a lógica da descentralização em prol da eficiência (VIANA, 2002).

O modelo contratual público tem por característica elementar a distinção das funções de financiamento e provisão segundo as diferentes formas de contratos. Nesse modelo, métodos gerenciais prezam pela eficiência organizacional considerando os custos operacionais e a qualidade dos produtos e serviços levando a livre concorrência de mercado entre produtores. A centralidade dessa lógica favorece o mercado e diminui o “poder” do Estado que precisa gerenciar os recursos principalmente a alocação do capital para todos os setores do país visando atender as demandas e necessidades da população (VIANA, 2002).

Segundo a avaliação realizada por Lassey (1997), sobre a tendência das reformas, foi identificado a existência de quatro modelos referenciados pela política, financiamento e provisão dos serviços. O modelo Intermediário possui um mix público/privado o que ocorre na Inglaterra, Suécia e demais países escandinavos devido à ênfase na responsabilização governamental e na constituição de um sistema nacional de saúde; o Seguro Social implantado na Alemanha, Japão e nos países europeus continentais; o Sistema Descentralizado e Pluralista como o dos Estados Unidos da América e o Centralizado Estatal implantado na antiga URSS e no bloco socialista (VIANA, 2002).

2.4 Costa Rica

A Costa Rica abriga em seu contexto histórico o processo de colonização realizado pela Espanha, cuja desvinculação ocorreu em 1821 sendo reconhecida no ano de 1851. Após tornar-se a República Unitária da Costa Rica, a organização do Estado e governança político administrativa articula-se entre os poderes do Executivo, Legislativo e Judiciário (OPAS, 2009). O país da América Central, de língua espanhola, possui fronteira marítima com o Oceano Pacífico e o Mar do Caribe ao oeste e leste respectivamente, na fronteira continental com o Panamá e a Nicarágua. Seu espaço territorial corresponde a 51.100 km² Km² distribuído em 7 províncias, 81 cantones e 459 distritos abrigando o contingente populacional de 5.212.173 (2023) milhões de habitantes (INEC, 2023).

A economia do país baseia-se na produção e exportação agrícola. Nos anos 80, a deterioração dos recursos florestais, a exploração do Golfo de Nicoya e a desvalorização nos preços da banana, café e o açúcar, formalizou a retração do PIB em 1,5% (TOBAR, 1997).

Nesse período de desaceleração da economia, no fim dos anos 80 e início dos anos 1990, o país enfrentou uma crise econômica implicando negativamente nos indicadores macroeconômicos. A inflação, o desequilíbrio comercial e fiscal contribuiu para modificar o perfil da economia regulada pelo Estado, sendo modificada para economia do livre comércio favorecendo a perspectiva do Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial (BM), além da austeridade salarial, elevação dos impostos e a retração dos investimentos do governo elevando o custo de vida da população podendo ser observado os indicadores sociais apresentados na Tabela 1 (VILLASUSO, 1998).

Tabela 1- Evolução de indicadores Sociais, Costa Rica 1970-2000.

| Indicador | 1970 | 1980 | 1990 | 2000 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|
| População (milhares) | 1.779 | 62.315 | 73.057 | 13.929,2 |
| Porcentagem famílias pobres (%) | 29 | 25 | 27 | 21 |
| Taxa de analfabetismo (%) | 13 | 10 | 7 | 6 |
| População com água domiciliar (%) | 75 | 86 | 94 | 94 |
| Cobertura seguridade social (%) | 39 | 75 | 82 | 86 |
| Gasto público (% PIB) | | | | |
| Social | 16,4 | 23,6 | 16,1 | 17,3 |
| Educação | 5,2 | 6,2 | 3,7 | 4,7 |
| Saúde | 6,1 | 8,7 | 4,8 | 5,0 |
| IDH | nd | 0,599 | 0,639 | 0,684 |

Fonte: Ministério da Saúde, CCP, INEC, PNUD, 2013.

Em termos gerais, nesse período o desenvolvimento econômico passou a ser redesenhado a partir de dos Programas de Ajuste Estrutural (I e II), a promulgação da Lei de Concorrência e Defesa Efetiva do Consumidor em 1994, nesse mesmo contexto ocorreu a reforma do Estado. O mercado que antes estava centrado na regulação do Estado, assim como os incentivos na valorização da produção e comercialização dos produtos nacionais fortalecia o mercado interno, porém passa a integrar novos direcionamento de evolução econômica com a comercialização no mercado externo requerendo adequar-se aos critérios de competitividade. Para compor a estratégia comercial cria-se blocos econômicos gerando subsistema comercial desde as commodities ao mercado de serviços com logística e planos de negócios direcionado para segmento produtivo (VILLASUSO, 1998).

2.4.1 Sistema de Saúde da Costa Rica

O desenvolvimento do sistema de saúde ocorreu gradualmente, considerando os contextos históricos, sociais e sua dinâmica de construção e gestão (GONZÁLEZ, 2004). Iniciando o marco histórico, Dom Cleto representante da igreja e ativista das causas sociais, em seu discurso no Congresso em 1906, propõe uma nova política de saúde enfatizando a importância da população saudável a partir de então, eventos direcionados foram ocorrendo e desenhando o processo de formalização assistencial de saúde no país como por exemplo, em 1922 a criação da Subsecretaria de Higiene e Saúde Pública (BRENES, 2012).

O modelo de sistema de saúde na Costa Rica tem sua estrutura consolidada na seguridade social. Em 1924, o Banco de Seguros é instituído com a incumbência de prestar assistência aos trabalhadores assalariados acometidos por riscos ocupacionais e a população em geral acometidas por acidentes de trânsito, independente do vínculo ocupacional. O Ministério de Saúde passa a existir em 1927, com designo de fornecer serviços de saúde à população. Em 1941, a Caja Costarricense de Seguro Social é estabelecida por meio da Lei de N° 17 de 1941(FUENTES, 2018).

A partir da Lei Geral da Saúde de N°5395 de 1973, a saúde da população deve ser tutelada pelo Estado é compreendido como um bem público, assim como resgata a competência do Ministério da Saúde em instituir e gerir a Política Nacional

de Saúde no âmbito público e privado regido pelos princípios da universalidade, solidariedade e equidade. A publicação do Decreto Executivo de Nº14313-SPSS-PLAN de 15 de fevereiro de 1983 estabelece a constituição do setor saúde do país (TOBAR, 1997).

No âmbito legal, os serviços de saúde na Costa Rica possuem respaldo assistencial constitucional, de acordo com a Lei Geral da Saúde de Nº5395 de 30 de outubro de 1973, resguardando a saúde da população como elemento de interesse do Estado, sendo descrito nos seguintes artigos:

Ley nº 5395, de 30 de outubro de 1973 Geral de Saúde da Costa Rica de, La Asamblea Legislativa de La República de Costa Rica.

ARTÍCULO 1.- La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el Estado.

ARTÍCULO 2.- Es función esencial del Estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salubridad Pública, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como "Ministerio", la definición de la política nacional de salud, la normación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así como la ejecución de aquellas actividades que le competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.

ARTÍCULO 3.- Todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad (COSTA RICA, 2014, p. 2).

González (2004) define que os serviços de saúde no país são providos pelo Sistema Nacional de Saúde correspondendo a “todos os elementos ou componentes do sistema social no qual relacionam-se direta ou indiretamente com a saúde da população. Enquanto, o setor saúde refere-se “apenas as instituições do Estado”, cuja missão específica é realizar ações de saúde em conformidade com a Política Nacional de Saúde.

O sistema de saúde possui composição pública e privada sendo financiado pelo Estado, empregados e empregadores remetendo as características gerais da tipologia de seguro social. A singularidade do modelo encontra-se na forma de organização dos serviços e a prestação da assistência (SÁENZ et al., 2011).

Portanto, o sistema gerenciado pelo Estado é consistindo das seguintes instituições/órgãos: Ministério da Presidência, Ministério da Saúde, Ministério do Planejamento e Política Econômica, Universidade da Costa Rica com contribuição pelo o Instituto de Investigações em Saúde (INISA), Instituto Costarricense de Aquedutos e Esgotos, Caja Costarricense de Seguro Social da Costa Rica, Instituto

Nacional de Seguros (especificamente programas de seguro riscos ocupacionais e acidentes de trânsito). A participação do setor privado as organizações empresariais são de caráter suplementar (GONZÁLEZ, 2004).

No âmbito privado os profissionais de saúde se articulam em espécie de associação, cooperativas, assim como as empresas do setor e comercializam os serviços para a CCSS ou diretamente com o público alvo. Além dessas características, o sistema conta com os serviços prestados pelo Instituto Nacional de Seguro com cobertura dos riscos ocupacionais, médicos hospitalares e reabilitação atuando no setor público e privado. Em contexto político governamental, o país prevê a assistência à saúde como um elemento crucial na proteção à saúde de todos por meio do seguro social (SÁENZ et al., 2011).

Na Costa Rica, a saúde, água e o esgotamento sanitário compõem o sistema de saúde para atender a população, logo a organização do sistema tem suas atividades desenvolvidas pela gestão pública representada na figura da Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) instituição responsável por captar e gerir os recursos das contribuições tripartite na prestação e aquisição dos serviços de saúde (SÁENZ et al., 2011).

Com caráter autônomo, a política organizacional de gerenciamento da CCSS categoriza os em serviços de seguro de enfermidade e maternidade, seguro invalidez, vida e morte e não contributivo. No país, o Ministério da Saúde e Instituições Públicas contribuem diretamente para assistência à saúde da população referente aos agravos de carências nutricionais, alcoolismo e substâncias psicoativas (SÁENZ et al., 2011).

A CCSS, por meio de seu regulamento instituiu o rol de serviços disponibilizados, as categorias de contribuição e os percentuais de contribuição da classe trabalhadora, os empregadores, o Estado, segue descrito no Quadro 1. O amparo assistencialista a população desprovida de fonte de recursos (em situação de vulnerabilidade social) ocorre com a cobertura dos serviços de saúde custeados pelo Estado (TOBAR, 2013; COSTA RICA, 2018).

Quadro 1: Descrição das modalidades seguros e cotas contribuição dos seguros segundo a categoria de contribuintes.

| Modalidade de Seguro | | Cotação do seguro de saúde | | |
|-----------------------------|--|---|---------------|--------|
| Categoria | | Empresários | Trabalhadores | Estado |
| | | 9,25% | 5,25% | 0,25% |
| Modalidade de Seguro | | Cotação dos pensionados ao seguro de saúde | | |
| Categoria | | Fundo de Pensão | Pensão | Estado |
| | | 8,75% | 5% | 0,25% |

Fonte: A autora, 2023.

O enquadramento da população na aquisição dos seguros obrigatórios de saúde considera as seguintes modalidades:

- I. assegurados diretos: formado por trabalhadores com registro, pensionistas, trabalhadores autônomos contribuintes do seguro individual ou coletivo, população vulnerável assegurada pelo governo e aposentados vinculados a esfera estatal;
- II. segurados indiretos: dependentes dos segurados diretos,
- III. não assegurados: grupo populacional formado por imigrantes e indivíduos com recursos, entretanto não aderiu a qualquer forma de contribuição;
- IV. Assegurados voluntários: pessoas que se afiliam voluntariamente, possuem capacidade de contribuir, porém não são obrigados a pagar o seguro obrigatório.

A proteção ao extrato populacional de gestantes e indivíduos com idade inferior a 18 anos assistência é garantida mediante custeio do governo, entretanto, os trabalhadores temporários e informais, refugiados sem qualificação para vincular-se a categoria de assistência custeada pelo Estado mantem-se à margem da cobertura assistencial. Com um arranjo fortemente segmentado compreende as interações existentes na Caja Costarricense de Seguro Social I que realizam a prestação de serviços em suas estruturas próprias assim como em repartições

geridas pelas associações ou nas clínicas e hospitais particulares (ACOSTA et al., 2011).

Para desempenhar suas atribuições, a CCSS dispõe em sua organização administrativa três níveis de operacionalização. No nível local, compõe os Hospitais Nacionais Gerais (3), Hospitais Nacionais Especializados (6), Hospitais Regionais (8), Hospitais Periféricos (12), Áreas de saúde (104), Setores de saúde (520) com as Equipes Básicas de Atenção Integral à saúde (691), criadas após a reforma e Centros Especializados (6). No nível regional, as Direções Regionais médicas e financeiras. No nível estratégico, participa a Junta Diretiva, Presidente Executivo da CCSS, Auditoria, Superintendência Geral dos Serviços de Saúde, Assessoria em Desconcentração e Juntas de Saúde e as Gerências de Modernização e Desenvolvimento, Administrativa e Operacional, Financeira, Médica e de Pensões (MENDEZ; TOVAR, 2012).

A disposição dos serviços obedece a lógica da complexidade técnica e aplicação das tecnologias leve, leve-dura e dura.

Figura 1 - Níveis de Atenção à Saúde e Unidades de prestação dos serviços na Costa Rica.



Fonte: A autora, 2023.

Na atenção primária, a população recebe serviços direcionados, ações de promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de baixa complexidade. A secundária concentra as intervenções ambulatoriais e hospitalar por especialidades. No nível terciário, concentra-se a aplicação de maior densidade tecnológica com realização de diagnósticos de alta complexidade, procedimentos clínicos e cirúrgicos e terapêuticos (MENDEZ; TOVAR, 2012).

2.4.2 Reforma do Sistema de Saúde da Costa Rica

A reforma de 1940 na Costa Rica ocorreu em um contexto de consulta sobre a criação da Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), com o apoio do Presidente Calderón Guardia, objetivando assegurar as garantias sociais, por fim o seguro social é instituído por meio da Lei Constitutiva do Fundo de Previdência Social da Costa Rica, em novembro de 1941. Essa idealização segue dentro cenário internacional da Segunda Guerra Mundial, logo a economia encontrava-se desfavorecida e no país a administração pública expressava déficit de eficiência. Porém, a criação da Caja Costarricense de Seguro Social traria suas contribuições a médio prazo ao país, além dos aspectos restritivos que compreendiam o perfil de assegurados a compor a CCSS, pois estes deveriam contribuir junto aos seus empregadores mensalmente (BRENES, 2012).

Com o decorrer do tempo, grupos foram sendo inseridos considerando a mudança das normatizações políticas e gerenciais, a partir de então ocorre a regulação da universalização dos seguros em 1961, as mudanças na organização dos serviços sobre o acesso, cobertura e os perfis de contribuição resultou progressivamente e a integração da população ao sistema de saúde (BRENES, 2012).

A partir destas consolidações, o tempo estipulado para as mudanças no país foi superior ao previsto, mas acarretou em transformação na expectativa de vida ao nascer que anteriormente registrava 57 anos passou a ser 76 anos, o controle das doenças diarreicas, malária e tuberculose regrediu em 50% a estatística geral de óbitos ao analisar o período de 1930-1980 representando um avanço na saúde pública (COSTA RICA; HERRERA; LÓPEZ, 2004).

Com o estabelecimento da CCSS, os serviços de saúde passaram a ser prestados com seguintes ordenamentos institucional: o ministério da saúde com funções normativas e provedor de benefícios; instituição pública com comercialização de proteção em mercados privados; hospital de caridade institucionalizado sobre a governança de uma organização privada sem fins lucrativos; setor de benéficos médicos privados (BRENES, 2012).

A reforma dos anos 70 acompanhou os eventos das décadas anteriores, no centro das transformações predominava a forma da prestação dos serviços sobre o entendimento da universalização da saúde, logo a compreensão do acesso não se

limitaria aos cidadãos com contribuição monetária descontado na folha de pagamento ou pela filiação autônoma por compra do seguro ampliando o escopo de proteção social enquadrando as categorias de grupos populacionais marginalizados a partir da Lei geral da Saúde em 1973 (BRENES, 2012).

Dessa forma, a década de 70 conduziu o processo de desdobramento da primeira reforma consolidando gradualmente as transformações e, como resultado expressivo, foi registrado o menor número de mortalidade infantil entre os países da América Latina e Caribe, além da implicação das políticas sociais que representou a criação das instituições corroborando no número de funcionários públicos, definição de métodos redistributivos na extensão da cobertura com serviços sociais (MARTÍNEZ, 2000).

No período que compreende a reforma do setor da saúde dos anos 90, a Costa Rica apresentava em seu contexto econômico, demográficos aspectos que contribuem na formalização do processo, de modo que serão descritos sinteticamente, afim de elucidar o panorama geral do país.

A população da Costa Rica foi estimada em 3.050,6(milhões) no ano de 1990, sendo 1.552,0 do sexo masculino e 1.498,6 do sexo feminino. No intervalo de cinco anos (1990-1995), os registros apontam crescimento populacional para ambos os sexos com 1,765.0 (homens) e 1,707.8 (mulheres) totalizando estaticamente 3,469.8 na população geral do quinquênio, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística e Censo da Costa Rica. A expectativa de vida ao nascer no quantitativo geral (76.7) e as parciais para homens (74.3) e mulheres (79.2) no ano de 1990, apresentou ser superior ao comparar com 1995 (76.0) tendo por registro no sexo masculino (73.5) e no feminino (78.9) segundo dados do Banco Central da Costa Rica, Instituto Nacional de Estatística e Censo e Ministério de Planejamento Econômico (CEPAL, 2005).

A respeito da taxa bruta de natalidade, taxa bruta mortalidade e taxa bruta de mortalidade infantil para cada mil nascidos vivos, corresponde aos seguintes indicadores: TBN (26.3); TBM (3.8); TbMI (15.3) referente a 1990, enquanto no ano de 1995 foi registrado TBN (23.9); TBM (4.2); TbMI (13.3) representando o aumento da taxa bruta de mortalidade e redução na taxa de bruta mortalidade infantil e na taxa bruta de natalidade (CEPAL, 2005).

O perfil econômico do primeiro quinquênio da década de 90 registrou índice positivo, no ano de 1990 o PIB de 9,102.6 (milhares de dólares) e 11,715.8 (milhares

de dólares) em 1995, o PIB per capita 2,959.2 e 3,371.5 para 1990 e 1995 respectivamente. O direcionamento do percentual do PIB em gasto público social correspondeu a 16.3% (1990) e 15.3% (1995); gasto público em saúde 5,01% (1990) e 5.29% (1995); gasto per capita em saúde 16.92% (1995), segundo dados do Banco Central da Costa Rica, Instituto Nacional de Estatística e Censo e Ministério de Planejamento Econômico (CEPAL, 2005).

A década de 90 adentra em contextos diferenciados sobre as concepções ideológicas direcionadas às reformas dos sistemas de saúde, além de considerar aspectos do próprio país, assim como as deteriorações dos programas sociais o setor da saúde também é afetado.

Amparado por aspectos conceituais debatidos por Organismos Internacionais sobre as reformas do setor saúde, a reforma dos anos 1990 acarretou nas consolidações caracterizadas pela adequação do modelo de atenção primária com a inserção de planejamento norteado nas necessidades de saúde da população em seu território; no aumento da capacidade de resolubilidade dos cuidados na atenção básica; incorporação dos cuidados integrais da saúde, primando pela prestação dos serviços de saúde no CCSS; implantação de novos instrumentos para alocação de recursos financeiros como compromisso de gestão, esse direcionamento teve início com sete unidades hospitalares conforme determinados critérios de inclusão e a desconcentração dos serviços de saúde organizado por meio do desenvolvimento de um programa a partir da autorização do estatuto jurídico no que se refere aos hospitais e clínicas, de acordo com o Conselho de Administração, representando flexibilidade na gestão de orçamento e recursos humanos, aquisição de insumos e atenção as questões trabalhistas (ALMEIDA, 2002).

Dessa forma, compreender a dimensão da reforma dentro dos objetivos delineados e analisar os resultados alcançados corresponde a um processo contínuo e passível de novos projetos em segmentos distintos no sistema de saúde.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar o tipo de sistema de saúde estabelecido na Costa Rica após a reforma do setor saúde promovida pelo Estado em 1993.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar o tipo de sistema da costa rica a partir dos componentes financiamento, acesso e cobertura.
- Identificar os principais objetivos propostos pela reforma de 1993 e os benefícios para o sistema de saúde na sua implementação.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do Estudo

O presente estudo consiste na abordagem qualitativa, tratando-se de uma revisão integrativa. Alicerçado pela fundamentação teórica, a revisão de literatura tem por função realizar um resgate conceitual do tema proposto elencando os principais aspectos de interesse sobre o objeto de análise no recorte apresentado pela pesquisa (LAKATOS; MARCONI,2017).

4.2 Coleta e Análise de Dados

A partir da pergunta norteadora, usando por base o acrônimo PICO (P- Problema, I- Intervenção, Co- Contexto - **Qual tipo de sistema de saúde se estabeleceu com a contribuição da reforma do setor saúde de 1993 promovida pelo Estado, na Costa Rica?**), a execução metodológica da revisão integrativa consistiu na coleta de dados oriundos de estudos científicos publicados no período de 1993 a 2022 pertencentes ao acervo on-line dos portais de periódicos: BINASS, LILACS, MEDLINE fazendo uso dos descritores segundo a nomenclatura dos Descritores em Ciência da Saúde (DECS) direcionados para o objeto deste estudo nos idiomas de língua inglesa, portuguesa e espanhola (ver no Quadro 2) cruzando os termos com operador booleano 'AND' Costa Rica (BOTELHO;CUNHA;MACEDO, 2011).

Quadro 2- Descritores elegidos segundo o DeCS (Descritores em Ciência da Saúde) na aplicação das bases de dados: LILACS; MEDLINE; BINASS.

| Base de dados | Descritores em inglês | Descritores em espanhol | Descritores em português | Operador booleano e o País |
|-----------------------------|-----------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| BINASS LILACS MEDLINE | Health Care Reform | Reforma de la Atención de Salud | Reforma dos Serviços de Saúde | 'AND' Costa Rica |
| | Social Welfare | Bienestar Social | Seguridade Social | 'AND' Costa Rica |

Continua

Continuação Quadro 2

| | | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|--|---|------------------|
| BINASS LILACS MEDLINE | Universal Health Insurance | Cobertura Universal del Seguro de Salud | Cobertura Universal do Seguro de Saúde | 'AND' Costa Rica |
| | System Health | Sistema De Salud | Sistema De Saúde | 'AND' Costa Rica |

Fonte: Elaborado pela autora, 2023.

Os critérios de inclusão na execução da pesquisa consistirão: filtro 1- títulos referentes as temáticas de análise (acesso, cobertura, financiamento e reforma do setor saúde da Costa Rica); filtro 2- período de publicação dos artigos entre 1993 a 2022; filtro 3- artigos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol; Filtro 4- disponibilidade de texto completo.

Nos critérios de exclusão, produções relacionadas ao modelo de atenção à saúde (modalidades assistenciais, modelo técnico-assistencial, modelos assistenciais, modelos tecnológicos, modelos de atenção, modelos de atenção primária, modelos de cuidado, modos de intervenção), reforma do Estado, modelos de sistemas de saúde de outros países.

Como estratégia metodológica o processo da pesquisa nas bases de dados conforme os critérios elencados anteriormente são descritos por meio do fluxograma apresentado na Figura 2.

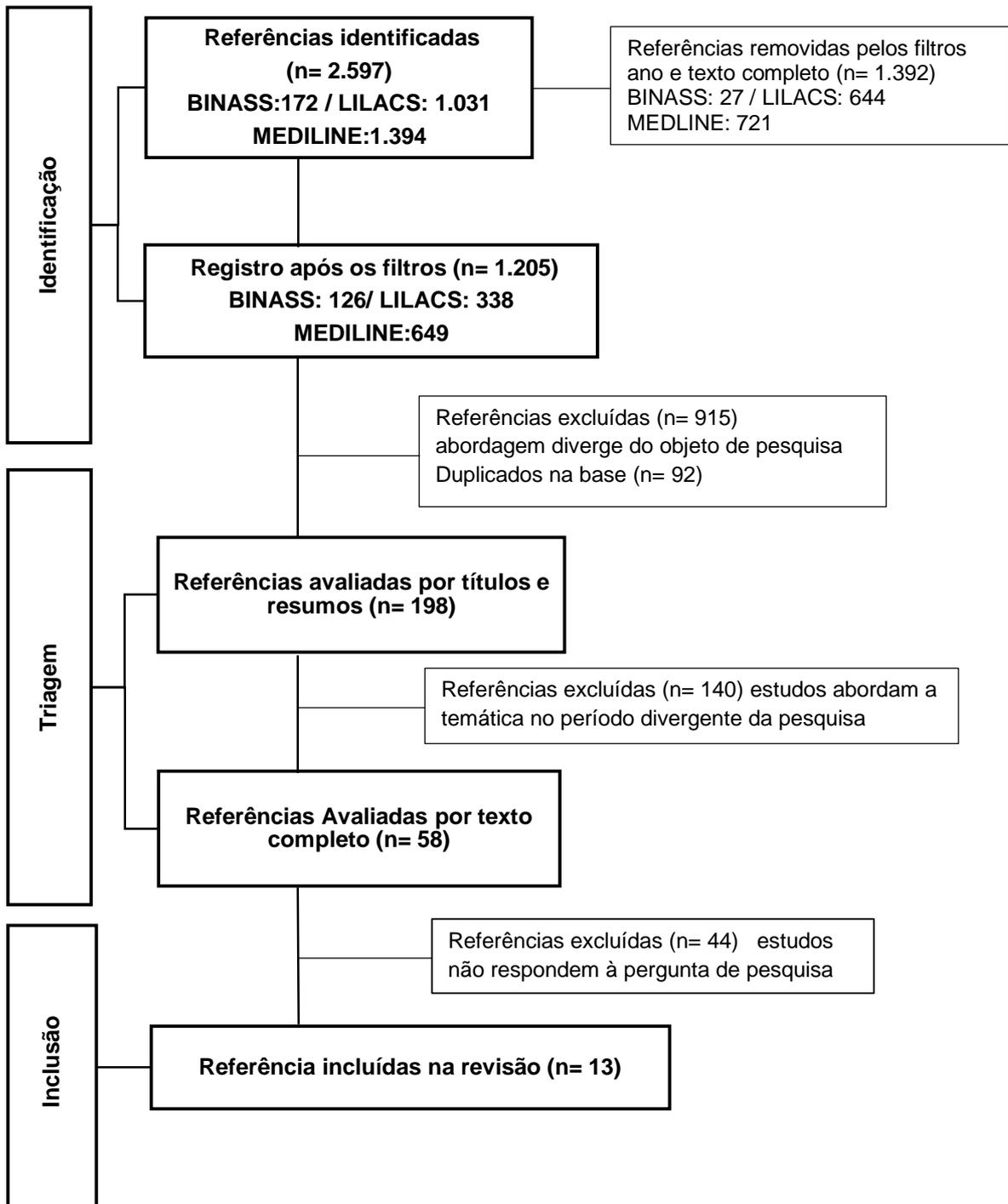
Para compor a estratégia de triagem, captação e extração dos dados considerou as categorias de análise definidas por: (I) reforma do sistema de saúde da Costa Rica; (II) acesso; (III) cobertura, (IV) financiamento estas foram utilizadas como critério nas execuções das etapas descritas acima, resultando na elegibilidade dos títulos, resumos e artigos lidos na integra definindo o quantitativo final de 13 artigos para extração dos dados. Portanto, no decorrer desta fase alguns questionamentos foram aplicados visando estabelecer objetivos claros durante o processo da leitura analítica e extração dos dados (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Questionamentos aplicados as categorias de análise:

- Como é caracterizado o financiamento dos serviços do setor saúde e os atores envolvidos nesse processo?
- O acesso aos serviços de saúde na Costa Rica é garantindo a mediante qual critério?

- Qual a dimensão da cobertura dos serviços de saúde na Costa Rica?
- A saúde na Costa Rica é um direito social garantido por legislação específica abrangendo a população o país ou grupos prioritários?

Figura 2 - Fluxograma das etapas de seleção e análise dos artigos nas bases do BINASS, LILACS e MEDLINE no período de 1993 a 2022 incluídos na revisão.



Na etapa seguinte, ocorreu a elaboração de uma matriz síntese com as seguintes informações das publicações científicas: identificação do artigo (id-01), ano, primeiro autor, título do artigo e periódico, estes por sua vez foram obtidos após a análise de conteúdo dos artigos selecionados direcionados pelos questionamentos aplicados as categorias de análise.

4.3 Considerações Éticas

A Resolução do CNS de Nº 466 de 2012, pesquisas realizadas com base em que dados do tipo secundários, documentos e artigos publicado e domínio público disponibilizados nos meios de comunicação, estes por sua vez não devem conter dados pessoais garantindo a confidencialidade dos mesmos. Portanto, sob essas condições é dispensado a submissão da pesquisa ao comitê de ética. O presente estudo não se enquadra nos critérios de solicitação e aprovação do Comitê de Ética para sua idealização.

5 RESULTADOS

Na composição deste estudo foram incluídos 13 artigos, resultado da pesquisa, triagem e análise dos 1.025 títulos resgatados das produções acadêmicas no período de 1993-2022, seguem descritos nos Quadro 3 e 4. A abordagem da reforma do Estado neste estudo é um elemento contextual, haja vista que os direcionamentos metodológicos e analíticos diferem do que este se propõe a apresentar sobre a reforma do setor saúde e o tipo de sistema de saúde delineado para o País.

Quadro 3: Apresentação dos artigos incluídos neste estudo.

| ID | Autor | Ano | Título | Periódico |
|----|------------------------|------|--|--|
| 1 | SOLANO | 1996 | Reforma do setor de saúde: histórico, contexto e algumas implicações | Revista Economia e Sociedade |
| 2 | RAMÍREZ e ARGUEDAS, | 2001 | Progresso no processo de reforma do Fundo de Seguridade Social da Costa Rica. | Revista Ciência Administração Financeira e Seguro Social |
| 3 | VARGAS, VÁZQUEZ, JANÉ, | 2002 | Equidade e reformas do sistema de saúde na América Latina. | Caderno de Saúde Pública |
| 4 | ULATE e BOLAÑOS, | 2003 | Saúde e desenvolvimento. | Revista Ciência Administração Financeira e Seguro Social |
| 5 | BIXBY | 2004 | Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental | Revista Panama de Saúde Pública |
| 6 | MARTÍNEZ FRANZONI, J.: | 2006 | Pressão ou legitimação? Poder e alternativas na concepção e adoção da reforma da saúde na Costa Rica, 1988-1998. | Revista História, Ciências, Saúde |
| 7 | CHÁVEZ e MONTOYA | 2011 | Comparação das reformas do sistema de saúde na Colômbia e na Costa Rica em sua dimensão política. | Revista Faculdade Nacional de Salud Pública, |

Fonte: A autora, 2023.

Quadro 4: Apresentação dos artigos incluídos neste estudo.

| ID | Autor | Ano | Título | Periódico |
|----|-------------------------------|------|--|--------------------------------------|
| 8 | MUISER, J. | 2013 | A institucionalização da Política Universal de Saúde na Costa Rica e desafios atuais. | Revista Costarricense. Saúde Pública |
| 9 | DE VOS e DER STUYFT | 2013 | Determinantes sociopolíticos das políticas internacionais de saúde. | Revista Peru Med Exp Salud Pública |
| 10 | FRANZONI e ANCOCHEA | 2013 | A construção do universalismo e suas contradições: lições dos serviços de saúde na costa rica, 1940-2011. | Revista Uruguia de Ciência Política |
| 11 | CASTRO et al, | 2015 | Atores, interesses e natureza da reforma do setor de saúde na Costa Rica (Reinterpretação do Ato Constitutivo da CCSS, o calor dos princípios de quase-mercado). | Revista Pensamento Atual |
| 12 | TITELMAN, CETRÁNGOLO e ACOSTA | 2015 | Cobertura universal de saúde nos países da América Latina: como melhorar os esquemas baseados em solidariedade. | Revista MEDICC Review |
| 13 | CAMARGO-GARCÍA, S.C. et al. | 2016 | Incentivos e atores nos sistemas de saúde da Costa Rica, Estados Unidos, Canadá, Chile e Equador – 2015. | Revista Universidade y Saúde. |

Fonte: A autora, 2023.

Os achados estão apresentados seguindo as categorias de análise: reforma do setor saúde, cobertura populacional, cobertura de acesso e financiamento do sistema de saúde da Costa Rica.

5.1 Aspectos da Reforma do Setor Saúde

O estudo de Solano (1996) trata-se de uma revisão da literatura com análise de 60 artigos objetivando analisar a reforma do setor saúde sob a dinâmica socioinstitucional. Segundo o autor, ocorreu em detrimento da crise econômica do país atrelado ao desempenho ineficiente da gestão administrativa das instituições públicas do setor saúde, enquanto De Vos e Van Der (2013) identifica a motivação

da reforma em construções amplas com dimensão no campo das políticas ideológicas de governos e instituições internacionais, influenciando o desenvolver do processo, além da própria realidade financeira do país. Contudo, não houve destaque no que se refere às necessidades de saúde da população.

Martinez (2006) e Castro (2015), em seus estudos, direcionaram a análise do processo de reforma considerando o contexto do período concluiu que a proposição da reforma no setor saúde da Costa Rica fora realizada a partir da análise exógena equivocada dos indicadores macroeconômicos do país pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), incentivando a reforma do Estado, que por sua vez seguiu a primazia neoliberal na retaguarda. Para De Vos e Van der (2013), o Banco Mundial contribuiu nesse processo de diagnóstico elaborando em 1993, o relatório "*Investing in Health*", endossando a ineficiência administrativa resultando na perda de recursos do setor público.

No artigo de Franzoni (2006), sua pesquisa dá ênfase ao contexto político do país durante o processo das reformas. Na avaliação do cenário interno da Costa Rica, a representatividade da governança política no país contribuiu para características diferentes no decorrer do processo de formulação à implantação das reformas. Embasada pela situação econômica em curso, a reforma do Estado foi aplicada no final da década de 80 sobre governança do partido político Partido Nacional Liberal (PNL). Durante este governo, o setor saúde passou por uma reforma contemplando medidas de descentralização e privatização dos serviços públicos, ao término desta gestão e início da década de 90, o Partido de Unidad Social-Cristina (PUSC) assume a presidência e promove uma reforma no setor da saúde a partir do reordenamento das práticas de gestão aplicadas nas estruturas centrais administrativas do seguro social e na prestação dos serviços públicos.

Segundo Martinez (2006), a formulação da proposta de reforma no setor saúde ocorreu mediante a elaboração de um projeto com representantes técnicos burocráticos dos partidos PNL e PUSC, iniciando os tramites em 1992. Chávez e Montoya (2011), argumentam que a participação de representantes da Universidade, da sociedade, sindical nesse processo consistiu em representatividade dos trabalhadores da Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), através de seu sindicato a UNDECA, em defesa do sistema público de serviços de saúde, mantiveram-se firme no posicionamento contrário à expansão setor privado no sistema, porém, o setor se manteve representado em percentual restrito às

cooperativas prestadoras de serviço que demandam complexidade tecnológica e laboratoriais.

Segundo os artigos de Bolanos e Ulate (2003), Chaves e Montoya (2011) a normatização do projeto ocorreu pela Lei nº 7.374 de novembro de 1993 e discrimina os seguintes objetivos: cobertura universal, equidade no acesso, humanização, atenção integral, direcionalidade setorial, qualidade total e eficiência portanto, para torná-lo executável pleiteou um empréstimo junto ao Banco Mundial Banco Internacional do Desenvolvimento, sendo aprovado pela Assembleia Legislativa da Costa Rica em 1994.

O artigo de Ramirez e Arguedas (2001) em seu estudo realizado no período de 1997 a 2000, sobre a análise das reformas do setor saúde, buscou descrever os avanços observados no processo da reforma, utilizando os indicadores de acesso, equidade, qualidade, eficiência e sustentabilidade para mensurar o desempenho dos sistemas de saúde propostos por Knowles. Conforme os autores, o projeto da Reforma ocorreu a partir do empréstimo n.º 3654-CR (Costa Rica), no valor de 22 milhões de dólares, tendo por objetivo evoluir nos parâmetros de qualidade técnica e interpessoal considerando os protocolos clínicos, medicina baseada em evidência e gestão da clínica, aprimorar o processo das relações humanas e empresarial com os prestadores dos serviços de saúde. Em contribuição à abordagem sobre os objetivos da reforma, Solano (1996) elenca-os na perspectiva operacional, enquanto Ramírez, e Arguedas (2001) sintetizam delineamentos gerais, seguem descrito no Quadro 5.

Quadro 5 - Objetivos do processo de reforma segundo os anos de publicação dos estudos.

| Autor: Solano, 1996. | Autor: Ramírez, Arguedas 2001. |
|--|---|
| Objetivos | Objetivos |
| Criação de Áreas de saúde distribuídas seguindo a geografia dos Cantões no país. | Melhorar a equidade no acesso e na distribuição de recursos |
| Criação de 800 Equipes Básicas de Saúde Integral | Promover a equidade na distribuição segundo as estimativas |
| Transferências dos recursos humanos do Ministério para CCSS | Melhorar da eficiência na gestão dos recursos públicos de saúde |
| Proposição de um modelo organizacional dos serviços | Criar mecanismos e instrumentos para melhorar a participação social |
| | Reforçar a regulação da saúde |

Fonte: A autora, 2023.

5.2 Aspectos relacionados a Cobertura e o Acesso ao Sistema

Segundo Franzoni, Sánchez, De Vos e Van Der (2013), o sistema de saúde Costarriquenho tem suas bases no modelo Bismarckiano.

Franzoni e Ancochea (2013), definem o universalismo compreendido a partir da provisão dos serviços na dimensão das demandas com qualidade à maioria do contingente populacional, sendo o segmento privado a parte optativa aos cidadãos, o que difere de uma realidade composta pelas necessidades e dependência do sistema privado para prover o fornecimento dos serviços de saúde no quantitativo pertinente a população, respeitando a equidade.

Bolanos e Ulate (2003) abordam em seu estudo o desenvolvimento, evolução e as principais conquistas do sistema de saúde da Costa Rica. O primeiro programa de proteção individual para os trabalhadores é instituído com o Banco de Seguros(1924) porém, a assistência média foi acrescida em 1926 através das apólices de risco ocupacional e seguro obrigatório de veículo e em 1941 cria-se a instituição responsável pelo seguro social no país, o Fundo de Seguridade Social da Costa Rica a CCSS atendendo inicialmente aos trabalhadores formais e familiares a partir do seguro obrigatório, sendo constituído pelas contribuições tripartite (Estado, empresários e trabalhadores). Em 1943, o Código do Trabalho é promulgado ampliando o arcabouço dos direitos e garantias dos trabalhadores.

Franzoni e Sánchez (2013) afirmam que a institucionalização da universalidade do sistema Costarriquenho foi estabelecida mediante processos de adequação do sistema e normatização jurídica disposta inicialmente no artigo de Nº 73 da Constituição Costarriquenha de 1949, com a fundamentação do direito à vida e saúde.

Muiser (2013) descreve que a Universalização da Seguridade Social ocorreu a partir da Lei 2.738 de 12 de maio de 1961 deixando expresso o prazo de dez anos para o Estado se adequar e prover a cobertura de 100% da população no que tange às competências dos serviços de saúde. Para compor o arcabouço jurídico no campo da saúde, é instituída em 1973, a Lei Orgânica do Ministério da Saúde de nº 5.395, que dispõe que o Estado é responsável por assegurar a saúde e o bem-estar físico e mental, sendo ela um bem de interesse público. A regulamentação do Sistema Nacional de Saúde Costarriquenho se deu pelo Decreto de nº 19.276-S, no ano de 1989.

Franzoni e Sánchez (2013) descrevem ainda que a população desassistida estava caracterizada espacialmente pelos residentes na área rural e regiões distantes dos centros desenvolvidos, assim como os aspectos geográficos, a disposição das estruturas físicas de saúde, assim como o perfil contributivo formavam os fatores de marginalização para assistência à saúde realidade que perdurou até a década de 70. No início da década de noventa, 5,8% da população encontrava-se em condição de extrema pobreza.

Ramirez e Arguedas (2001), Franzoni e Ancochea (2013), ressaltam a importância da década de 70 como uma época áurea para as políticas públicas no país. Nesse período, houve o crescimento na criação das instituições públicas representando 47% no intervalo entre décadas de 1950 a 1980, destacando a Fundo do Desenvolvimento Social e Subsídios Familiares (FODASF) instituição ligada à assistência social caracterizada por serviços de saúde e assistência social, educação, habitação, nutrição, água a pessoas em situação de vulnerabilidade e ao grupo populacional da zona rural. O capital para execução das ações provem das contribuições tripartite dos trabalhadores ativos sendo direcionado um montante para assegurar o funcionamento do FODASF.

Para explicar esse desenvolvimento Franzoni e Ancochea (2013), discriminam a capacidade econômica de Costa Rica oriunda da produção agrícola em alta e o segmento manufatureiro, associado a crescente criação de cooperativas, além dos níveis de empregabilidade do setor público fortalecendo a arrecadação fiscal no país.

Em termos quantitativos da cobertura populacional, há um hiato de dados no período da implantação da reforma, entretanto, os autores Franzoni e Ancochea (2013), fazem uma comparação entre as décadas de 40 e 80, constando um aumento de 62% da população que dispunha do seguro social nos anos oitenta, elevando este percentual para novena por cento no ano 2000. Quanto aos recursos humanos do setor da saúde, considerando as décadas de 1950 - 1980, houve crescimentos no número de enfermeiros e médicos no quadro funcional do setor público, na categoria profissional médica evoluiu de 3,1 para 7,8 por 1000 habitantes.

O artigo de Garcia et.al (2016) apresenta instituições responsáveis por dispor da assistência considerando o grupo populacional e a natureza dos serviços, sendo formado por: Regime Geral de Doenças e Maternidade (SEM) desenvolve ações de

promoção, prevenção, atendimento (ambulatorial, especializado, hospitalar e cirúrgico), assistência farmacêutica, realização de exames laboratoriais, tratamento e reabilitação, Centro de Educação e Nutrição (CEN), Centro de Nutrição e Alimentação Infantil (CINAI), Instituto de Alcoolismo e Dependência de Drogas (IAFA) tem atribuições atreladas diretamente as práticas assistências de saúde. O Sistema de Invalidez, Velhice e Morte (SIVM) e o Não contributivo-CCSS integra o viés da assistência social, com ressalva para o não contributivo que recebe amparo das ações e serviços de saúde como auxílio financeiro se houver diagnóstico confirmado de paralisia cerebral.

5.3 Aspectos direcionados ao Financiamento do Sistema de Saúde

Nos artigos de Titelman, Cetrángolo e Acosta (2015), Garcia et.al (2016) observa-se que o capital direcionado ao financiamento do sistema de saúde da Costa Rica é oriundo dos impostos sobre os salários caracterizado pelo formato contributivo. Esse modelo de financiamento do sistema difere dos impostos gerais, no qual o Estado é o responsável por arcar com os custos dos serviços de saúde, baseado na arrecadação fiscal do PIB, portanto, é estipulado um percentual do montante arrecado e conduzido a aplicação no setor saúde. Os trabalhadores com vínculo formal têm um percentual descontado do salário, a este capital lhe é acrescido o percentual do empregador e do governo formando a contribuição tripartite que representa grande parte da receita gerida pela Caja Costarricense de Seguro Social.

Para Garcia et.al (2016), o aspecto negativo do capital de origem contributiva salarial fundamenta-se nas implicações com a realidade do mercado de trabalho, uma vez que os vínculos formais são determinantes para o rol de contribuições tripartites, enquanto as demais modalidades de contribuições são menos expressivas para captação de recursos financeiros como por exemplo, os trabalhadores que exercem suas atividades de forma autônoma.

Seguindo a classificação pelo formato contributivo apresentado no Quadro 6, Garcia et. al (2016), apresenta o setor público por meio da CCSS é responsável pela prestação da assistência em âmbito nacional, enquanto a operacionalização do segmento privado é de livre escolha da população para adquirir e custear sua contratação caracterizado por cestas de serviços com perfil de mercado. Porém, o setor privado

adentra o serviço público por via das cooperativas de forma suplementar. No nível assistencial, os serviços são alocados conforme o nível de complexidade (primeiro, segundo e terceiro)

Quadro 6 - Apresentação da cobertura do sistema de saúde da Costa Rica, segundo Garcia et.al 2016.

| Sistema de Saúde da Costa Rica | | |
|---------------------------------------|---|-----------------------------|
| Relações entre atores | | |
| Provedores e Usuário | | |
| Sistema público | Sistema privado | População descoberta |
| Tipo de financiamento | Tipo de financiamento | |
| Contribuição | apólice de seguro e contribuição | 14,4% |
| Provedores | | |
| CCSS | Serviços médicos privados Companhias de seguros (medicina pré-paga), Cooperativas Coopesain, Coopesalud, Coopesiba, Coopesana e Associação ASEMECO | |
| Usuários | | |
| Categorias de Contribuintes | Grupo Populacional | |
| Seguro direto | trabalhadores assalariados, pensionistas e aposentados, pessoas no sistema voluntário, autônomos com contribuição direta, pessoas na condição de vulnerabilidade cabendo ao Estado custear o seguro | |
| Seguro indireto | dependentes de segurados diretos | |

Continua

Continuação Quadro 6

| | |
|---|--|
| Não segurados | imigrantes sem documentação e pessoas com capacidade financeira de contribuir, mas não adere ao seguro |
| Alto Comissariado das Nações Unidas para Refugiados | trabalhadores informais, os imigrantes sem documentos, os trabalhadores temporários, algumas populações indígenas, as pessoas que vivem na pobreza, a população agrícola e os migrantes legais contribuam para o CCSS. |
| Segurado do Estado | menores de 18 anos de idade, gestantes sem benefício familiar, pensionistas inseridos na categoria não segurados e pessoas identificados como indigentes |
| Seguro estudantil diretamente afiliadas ao CCSS; | crianças vinculadas diretamente ao CCSS, em idade escolar e pré-escolar que estejam matriculadas em instituições de ensino, filhos de trabalhadores assalariados menores de 18 anos ou menores de 25 anos que estejam estudando ou tenham algum tipo de deficiência. |

Fonte: A autora, 2023.

5.4 Principais aspectos registrados no Processo de Implementação da Reforma do Setor Saúde

Muiser (2013), Ramirez e Arguera, Bolaneos (2003), argumentam que a reforma modificou as atribuições do Ministério da Saúde, na qualidade de instância máxima do sistema, cabendo-lhe desempenhar as funções de direção, coordenação e controle técnico do sistema. O artigo de Chaves e Montoya (2011) acrescenta a responsabilidade pelo quadro legal e jurídico, fiscalização do setor público e privado, a CCSS passou a gerenciar os seguros e prover assistência por meio do seu quadro de colaboradores e das relações comerciais com as cooperativas assegurando os serviços de saúde.

Bixby (2004), na análise da distribuição geográfica dos serviços de saúde versus as demandas da população considerando período de 1994-2000 e a implantação da reforma na atenção primária, observou associação com o acesso aos serviços. Anteriormente a população desassistida ou com dificuldades no

acesso perfazia 22%, com implantação da reforma reduziu para 13%, ressalta a distinção dos percentuais registrados em áreas pioneiras na implantação diretrizes com áreas de implantação tardia com o percentual de 3% na redução da iniquidade do acesso.

Para Ramirez e Arguera (2001) os resultados alcançados a partir da reforma no sistema contemplam a reestruturação da Atenção Primária à Saúde (APS), o fortalecimento do primeiro nível assistencial com a implantação das EBAIS, valorizando longitudinalidade do cuidado, a triagem criteriosa nesse nível ampliou os investimentos do seguro saúde de 5% para 20%, entre os anos de 1997 a 2000. Essa capacidade resolutiva reduz os gastos nos níveis de complexidade com tecnologias leve-dura e dura proporcionando amplitude espacial da cobertura.

Bixby 2004, com estudo da análise de regressão múltipla de Poisson, verificou o impacto da reforma em determinadas distritos que compõem o país, no qual aferiu-se a partir de 1995 a redução na taxa de mortalidade infantil em 8%, e nos adultos 2%. Utilizando o mesmo método em uma segunda aplicação, constatou que, no intervalo de 5 anos após implantação das diretrizes da reforma, houve uma redução na taxa de mortalidade da população infantil e adulta atingindo o percentual de 13% e 4%, respectivamente. Tratando-se da associação da cobertura do seguro social com a mortalidade, constatou-se que a população adulta foi impactada. As principais causas de mortalidade adulta são provenientes de enfermidades transmissíveis, nesse grupo de causa da mortalidade houve redução inicial de 14% após a reforma e reduzir em 22% decorrido o período de cinco anos. O estudo também constata que não produziu efeito significativo no grupo de causa de mortalidade relacionada por causas sociais.

Ramirez e Arguera (2001), no que tange a melhoria da qualidade dos serviços, afirmam que a reforma buscou adequar o modelo assistencial afim de atingir resolutividade no quadro clínico do paciente de modo oportuno e eficiente. Um exemplo dessa conquista ocorreu ao implantar estratégias em unidades hospitalares, visando reduzir a taxa de infecção hospitalar e por consequência o tempo de permanências em virtude do quadro clínico infeccioso desenvolvidos no curso do tratamento dentro das unidades. Estima-se que essa estratégia tenha gerado a economia de 4,5 mil milhões de libras esterlinas aos cofres da instituição provedora dos serviços de saúde.

Muiser (2013), diverge dos autores Ramirez e Arguera (2001) sobre o processo prático de fortalecimento do papel do Ministério da Saúde juntamente com ascensão na capacidade financeira da CCSS, declarando que este não obteve o êxito programado devido às falhas na legislação. A participação do setor privado se manteve presente, pois a CCSS não dispunha de capacidade operativa para atender às demandas nas suas instalações. O autor ressalta a presença de clínicas particulares nas imediações das unidades da CCSS. É nesse contexto, que a preconização do modelo assistencial centrado em ações de promoção e prevenção aos agravos a saúde não ultrapassou o modelo curativista hospitalocêntrico.

6 DISCUSSÃO

Os autores Solano (1996) Martinez (2006) e Castro (2015), FRANZONI (2006), detalham as motivações para realização da reforma do setor saúde da Costa Rica, em concordância da perspectiva defendida por Almeida (2002), ao retratar um contexto de transformação políticas, administrativas gerais no Estado, dentro do cenário de crise econômica no âmbito internacional, havendo uma corrente de transformação nos sistemas de saúde dos países que propuseram adequações, estes passariam a restringir o papel do Estado e ampliar as interações econômicas do segmento privado. Diante da política de contenção de gastos pelo Estado, Paim (2019) articula os eventos da crise econômica do fim da década de 70, o neoliberalismo evidenciado na década de 80, a defasagem do welfare state centrando a ideia do desenvolvimento a partir das ações de fortalecimento das privatizações e a redução das políticas intervencionistas pelo Estado.

Considerando os aspectos tangencias na singularidade do projeto de reforma no país, Martinez (2006), aponta ingerência administrativa na instituição autônoma do fundo de seguridade social, implicando nas questões de eficiências na prestação dos serviços de saúde. Conforme o Banco Mundial (1999) os aspectos que culminam na necessidade da reforma consistem na alocação de recursos de forma deficiente, a desigualdade e Ineficiência, portanto órgão internos delegados para realizar análise situacional identificou a demanda. Contudo os autores De Vos e Van Der (2013) e Castro (2015) evidenciam as implicações da perspectiva de organismos internacionais como o FMI, Banco Mundial na realização de uma avaliação externa custeada pelo mesmo apresentando o diagnóstico favorável à reforma, com inclinações a favorecer o setor privado defendendo a estratégia de abertura do mercado para angariar capital e prover a reestruturação econômica.

Com aprovação do projeto de reforma, o eixo central de modificação ficou a cargo de prover designações específicas para a CCSS e o Ministério da Saúde, que compartilhavam o gerenciamento de algumas ações e serviços, como por exemplo o atendimento nos centros Centro de Educação e Nutrição, Centro de Nutrição e Alimentação Infantil, Instituto de Alcoolismo e Dependência de Drogas. Com as alterações compete ao Ministério da Saúde funções de regulação, monitoramento, direção, além de instituir a Política Nacional de Saúde e demais instrumentos correlatos atuando no nível estratégico do sistema. Para Dal Poz (2005), os

preceitos da agenda global colocam recomenda a distinção do provedor das funções de provedor e financiador, a CCSS conforme seu regimento e subsidiado por instrumento jurídico é considerada a única instituição autônoma descentralizada e pública, responsável por captar recursos tripartite, gerencial o montante e prover os serviços de saúde nas suas estruturas físicas com recursos humanos e materiais, podendo em caráter complementar comprar serviços aos representantes do setor privado.

Quanto aos mecanismos de competição administrativa, previstos na agenda, Dal Poz (2005), a partir da implantação dos delineamentos traçados para reforma, afirma que as modificações foram graduais no sistema de saúde, compreendendo a adequação do modelo organizacional e contemplando o fortalecimento do primeiro nível de atenção à saúde, além de promover o aumento da cobertura populacional, permitindo que os cidadãos das diferentes regiões do país compartilhassem o mesmo arranjo organizativo com potencial de capilaridade, em conformidade com os objetivos proposto no Projeto de reforma, elencados por Solano (1996) e Ramírez, e Arguedas (2001).

Ramirez, Arguera (2001) e Bixby (2004), dimensionam os resultados conquistados após a reforma, os mais expressivos são aferidos no intervalo de tempo acima de cinco anos, em áreas pioneiras no processo de implantação. Vale ressaltar que a uniformidade geográfica na cobertura não foi ratificada pelos autores dos 13 artigos, entretanto registra-se que a cobertura contempla em seus projetos e planos de saúde 100% da população, ou seja, os instrumentos de gestão na prestação dos serviços dimensionam o custo operacional para atender a população do território nacional. As particularidades ocorrem com o aumento dos trabalhadores informais, a redução na contribuição, aumento da população vulnerável interferindo no aumentando dos gastos com saúde, a distância da localidade de residência do cidadão para as unidades de atendimento em especial a população rural. Esse novo horizonte estabelecido resulta da aplicação de mecanismo de gestão da CCSS e a reorganização do modelo assistencial previsto como um dos objetivos da reforma, e (ALMEIDA, 2002;TOBAR , 2013)

Considerando o arranjo inicial do sistema de saúde da Costa Rica, Bolanos e Ulate (2003), a cobertura universal foi instituída legalmente antes do processo de reforma do setor saúde de 1993, por meio do seguro social em 1924 se

enquadrando no modelo Bismarkiano de sistema de saúde (GIOVANELLA; ESCOREL; LOBATO, 2012).

Com a reforma o modelo permaneceu, porém foi considerado alterações no papel das instâncias governamentais, o perfil dos contribuintes, as modalidades de contribuição dos assegurados e os serviços disponibilizados no segmento da saúde e assistência mantendo a característica do seguro, sendo obrigatório e universal (FUENTES, 2018).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reforma do setor saúde promovida na Costa Rica, a partir de 1993, iniciou mais um processo de reestruturação no sistema de saúde implementado desde 1927, com estrutura contributiva para grupos específicos, posteriormente evoluiu para atingir a cobertura universal por meio do seguro social obrigatório.

Considerando o processo de reforma abordado nesse estudo, os resultados obtidos foram consolidados a partir do diagnóstico estabelecidos por mecanismos de gestão e controle da qualidade, dialogando com a capacidade resolutiva, a efetividade/eficiência das estratégias implementadas, favorecendo análises quantificáveis do impacto financeiro e a evolução administrativa do setor, sendo esta apontada anteriormente como um dos fatores deficientes e de repercussão na defesa da reforma do setor saúde do país, na perspectiva de traçar um reordenamento no sistema.

No âmbito do financiamento, as diretrizes sobre o modelo gerencial, a captação de recursos, assim como o estabelecimento de normas no enquadramento das categorias contributivas, os percentuais e a caracterização dos contribuintes em seu enquadramento burocrático são ordenados por parâmetros normativos, subsidiando os aspectos gerenciais dentro da Caja Costarricense de Seguro Social.

As demandas direcionadas para as cooperativas na prestação dos serviços de saúde à população tem permeado desde o nível elementar até os serviços de alta complexidade, trazendo um velado quase-mercado dentro do sistema que se propõe como universal de seguro obrigatório contributivo, pois o setor privado busca permear o sistema público em pontos estratégicos, com o potencial de realizar investimentos em segmentos específicos. O plano de negócio realiza a pesquisa de mercado identificando as especialidades, o nível de densidade tecnológica na prestação de serviços que apresentam oportunidade rentável e dispõe seu rol de serviços dentro da perspectiva de mercado sem estará atrelado necessariamente aos ditames dos princípios que regem o sistema.

Portanto, a formulação do projeto de reforma prévio alterações dentro do modelo de gestão da CCSS, no qual a compra de serviços as cooperativas seria permitindo respeitando o seguro público obrigatório de cobertura universal, entretanto, outras normativas foram sendo estabelecidas no final da década de 90, cujos direcionamentos implicaram desde os processos burocráticos da compra e

prestação dos serviços ao fortalecimento do setor privado dentro da lógica suplementar, tais observações podem ser conferidas na Lei de Desconcentração Hospitalar.

Desse modo compreende que o processo de reforma do setor saúde aprovado em 1994 apresentou uma estrutural inicial e no fim da década de 90 houve uma reforma incremental considerando a Lei de Desconcentração Hospitalar, ao entrar em vigor ocorre adequações nos delineamentos do modelo administrativo da CCSS a ser analisado e debatido o mérito da sua efetividade em um recorte específico em consolidações futuras.

Este estudo apresenta elementos limitantes considerando a análise do material ser composto em restrito das produções acadêmicas disponível na integra de forma gratuitas nas bases de dados, assim como o predomínio dos artigos serem de língua espanhola com enfoque no processo da reforma do setor saúde.

A contribuição deste estudo corresponde ao entendimento das movimentações que ocorrer dentro do sistema, cuja dinâmica reverbera os aspectos formais das instituições, os atores sociais, o processo de saúde e doença da população e principalmente o compromisso do Estado em manter o cumprimento do seu papel enquanto provedor, regulador e articulador das ações e serviços de saúde conforme a Constituição de 1949 da República da Costa Rica, a Lei Geral da Saúde se utilizando da Política Nacional de Saúde, os Planos e Programas de saúde estruturando demais mecanismos de diagnósticos e estratégias para promover a assistência à saúde de forma equânime, efetiva e eficaz mensurando o montante aplicado associado com análise das metas pactuadas e o diagnóstico

do custo- efetividade na prestação dos serviços à população estabelecida desde os centros urbanos as províncias distantes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. M.. Reforma do Estado e reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Revista Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 1999, v. 4, n. 2 . Acesso: 12dez. 2022 , pp. 263-286. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000200004>>. Epub 19 Jul 2007. ISSN 1678-4561.
- ALMEIDA, C.M.. Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90 Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(4):905-925, jul-ago, 2002.
- BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. de A.; MACEDO, M.. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista. Gestão e Sociedade**.- Belo Horizonte, v.5, n. 11, p. 121-136 · maio-ago. 2011 · ISSN 1980-5756. Disponível em: <https://ges.face.ufmg.br/index.php/gestaoesociedade/article/view/1220/906>. Acesso em: 12 jun. 2022.
- BRENES, J. R. V.. LAS REFORMAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD EN COSTA RICA REFORM OF HEALTH SYSTEMS IN COSTA RICA. **Revista Reflexiones/Jornadas de Investigación**: 181-190, ISSN: 1021-1209 / 2012. Disponível:<<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/1532>>. Acesso em: 14 dez. 2021.
- CASTRO, E. T. Atores, interesses e natureza da reforma do setor de saúde na Costa Rica (Reinterpretação do Ato Constitutivo da CCSS, o calor dos princípios de quase-mercado). **Revista Pensamiento Actual** - Vol. 15 - No. 24, 2015 ISSN impreso: 1409-0112 / ISSN electrónico: 2215-3586.
- CHÁVEZ, G., B. M.; MONTOYA, B., Y. . Comparação das reformas do sistema de saúde na Colômbia e na Costa Rica em sua dimensão política. **Revista Facultad Nacional de Salud Pública**, vol. 29, núm. 1, enero-abril, 2011, pp. 65-74 Universidad de Antioquia , Colombia.
- CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Ed.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro: Editoras Hucitec-Fiocruz, 2006, p. 563-613.
- COSTA RICA. HERRERA, R. L. G.. Evolución demográfica de Costa Rica y su impacto en los sistemas de salud y pensiones. San José, C. R. : **Academia de Centroamérica**, 2004. xv, 184 p. : il. ; 28 cm. ISBN 9977-21-047-0 1. Pensiones A La Vejez. 2. Demografía. 3. Emigración E Imigración.
- _____. COSTA RICA. Ministério da Saúde. **Ley nº 5395, de 30 de outubro de 1973**. Ley General de Salud. Asamblea Legislativa de La República de Costa Rica —San José, Costa Rica: MS, 2014. Disponível em:<https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca/legislacion>. Acesso em: 20 fev. 2022.

____ COSTA RICA. Ministério de Salud. Informe de Sistema de Cuentas de Salud de Costa Rica. Período 2011-2016. / Organización Panamericana de la Salud (OPAS/OMS) - —San José, Costa Rica: MS, 2018.

____ COSTA RICA. Ministério de Salud. Modelo conceptual y estratégico de la rectoría de la producción social de la salud, junio 2007. Disponível em: <https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/media/digitales/>. Acesso em: 20 mar 2023.

DE VOS, P.; VAN DER, S. P.. Determinantes sociopolíticos de las políticas internacionales de salud. **Revista Peru Med Exp Salud Publica**. 2013;30(2):288-96.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE- DeCS. São Paulo: BIREME / OPAS / OMS, 2017. Disponível em: <<http://decs.bvsalud.org>>. Acesso em: 14 de nov. 2021.

FRANZONI, J. M. ANCOCHEA, D.S.. A construção do universalismo e suas contradições: lições dos serviços de saúde na costa rica, 1940-2011. 77-**Revista Uruguaya de Ciência Política** -2013; Vol. 22 N°2 - ICP – Montevideo.

FRANZONI, J.M.. :Pressão ou legitimação? Poder e alternativas na concepção e adoção da reforma da saúde na Costa Rica, 1988-1998.**História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 13, n. 3, p. 591-622, julho-sept. 2006.

CAMARGO-GARCÍA, S.C.C. ; . BERMEJO, A. M. C. 2, FLECHAS, A. K. A.; RATIVA M. E. S.; BARBOSA, W. G. J. Incentivos e atores nos sistemas de saúde da Costa Rica, Estados Unidos, Canadá, Chile e Equador – 2015.Universidad y Salud Sección de Artículos de Revisión **Revista Univ. salud**. 2016;18(2):385-406.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I.:(Org.) CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. 2. ed., rev. e amp. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia do Trabalho Científico**. 8.ed. rev. e ampl. -. São Paulo: Atlas, 2017. 256 p.

LIMA, J. C. F. O Banco Mundial, a Organização Mundial de Saúde e o “novo universalismo” ou a “cobertura universal de saúde.**Repositório Aracruz-Fiocruz**. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/handle/icict/13400/>. Acesso em: 27 jun. 2023.

MARQUES, R. M.; PIOLA, S. F.; ROA, A. C.. **Sistema de saúde no Brasil: organização e financiamento**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento; OPAS/OMS no Brasil, 2016. 260 p.: il. ISBN: 978-85-7967-115-9. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude_brasil_organizacao_financiamento.pdf. Acesso em: 09 mar. de 2023.

MARTÍNEZ, J.; CASTRO, M., M.. Reforma de Salud en Costa Rica: ¿Amenaza el Modelo de Gestión los Principios de Universalidad, Equidad y Solidaridad?. **Revista Reflexiones**, 79(1), 2013. Disponível em:

<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/11261>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MUISER, J.;. A institucionalização da Política Universal de Saúde na Costa Rica e desafios atuais. **Revista Costarricense. Saúde Pública** vol.22 n.2 San José Jul./Dec. 2013. Disponível em:[https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/opac/index .php](https://www.binasss.sa.cr/opac-ms/opac/index.php). Acesso em:07 mar. 2023.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SAÚDE(OPAS). Perfil de los Sistemas de Salud Costa Rica. Biblioteca Sede OPAS – **Catalogación en la fuente Organización Panamericana de la Salud**, 2009.Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/38590>. Acesso em: 04 jan. 2022.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ¿Qué es un sistema de salud? [Internet]. **WHO.int**; 2005. Disponível em: <https://www.who.int/features/qa/28/es/>. Acesso: 12 de fev. de 2023.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. **Oficina Subregional de la Organización Mundial de la Salud** Washington, D. C.Marzo 1997.Disponível:<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/6207/Lacooperacion_doc040.pdf?sequence=1>. Acesso em:01 dez. 2021.

PAIM, J. S.. Os sistemas universais de saúde e o futuro do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde em Debate** [online]. v. 43. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S502>>. ISSN 2358-2898. Acesso em: 10 dez. de 2021.

RAMÍREZ, C. A. A.; ARGUEDAS, J.C.S. Progreso no processo de reforma do Fundo de Seguridade Social da Costa Rica. **Revista Ciência Administração Financeira Seguro Social** vol.9 n.2 San José Jan. 2001.Disponível em: [https://www.scielo.sa.cr/scielo.php? pid=1409-125920010002 &script=sci_issuetoc](https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=1409-125920010002&script=sci_issuetoc). Acesso em: 26 mar. de 2023.

RIZZOTTO, M. L. F. . **O Banco mundial e as políticas de saúde no Brasil nos anos 90**: um projeto de desmonte do SUS / Maria Lucia Frizon Rizzotto. Campinas, SP : [s.n.], 2000. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/>. Acesso em: 28 jun. 2023.

ROMAN, A. R.; FRIEDLANDER, M. R.. Revisão Integrativa de Pesquisa Aplicada à Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 3, n. 2, 1998. ISSN 2176-9133. doi:<http://dx.doi.org/10.5380/ce.v3i2.4435>. Disponível em: <[https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view /44358](https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44358)>. Acesso em: 10 nov. 2021.

SEGRE, M., FERRAZ, F. C.. (1997). O conceito de saúde. **Revista De Saúde Pública**, 31(5), 538–542. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101997000600016>. Acesso em: 06 fev. de 2023.

SERAPIONI, M; TESSER, C.D.. O Sistema de Saúde brasileiro ante a tipologia internacional: uma discussão prospectiva e inevitável. **Saúde em Debate** [Internet]. 13º de dezembro de 2019 [citado 2º de outubro de 2023];43(especial 5 dez):44-57.

Disponível em: <https://revista.saudeemdebate.org.br/sed/article/view/2700>. Acessado em: 17 jan. de 2023.

SOLANO, L.B.V.. Reforma do setor de saúde: histórico, contexto e algumas implicações **Economía y Sociedad V.1**, No2. Setiembre-Diciembre 1996, pp 133-142. Disponível em: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/economia/article/download/6853/7019/>. Acesso em: 10 abril de 2023.

SORANZ, D.. Reformas de sistemas de saúde informadas em evidências. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 2019, v. 24, n. 6, pp. 1994-1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-8123.2018246.07222019>>. Epub 27 June 2019. ISSN 1678-4561. Acesso em: 17 mai. de 2023.

TITELMAN, D.; CETRÁNGOLO, O.; ACOSTA, O. L.. Cobertura universal de saúde nos países da América Latina: como melhorar os esquemas baseados em solidariedade. **MEDICC Review**, 2015, Vol 17, Suplemento. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/4375/437542099014.pdf>. Acesso em: 02 jun de 2023.

TOBAR, F. ARLETTI, R.ubem; NOSEI, M.ônica; PONS, A. Iberto.Reforma de los Sistemas de Salud da América Latina. **Fundacion ISalud - Catedra de Sistema de Saúde Comparados** Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 1997. Disponível em: <https://www.isalud.edu.ar/oferta-educativa/ciencias-de-la-salud>. Acesso em: 22 mar. de 2023.

ULATE, E. A.; BOLAÑOS, C. F.. . Saúde e desenvolvimento. **Revista Ciência Administração Financeira Seguro Social**. vol.11 no.1 San José Jan. 2003. Disponível em: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_issueto c&pid=1409-125920030001. Acesso em: 02 fev. de 2023.

VARGAS, I. VÁZQUEZ, M.L.; JANÉ, E.. Equidade e reformas do sistema de saúde na América Latina. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 18(4):927-937, jul-ago, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400003>. Acesso em: 02 fev. de 2023.

VIANA, A. L. D'Ávila; DAL POZ, M. R.. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. PHYSIS: **Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):225-264, 2005. Disponível: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-456533>. Acessado em: 20 nov. 2021.

VILLASUSO, J. J.. Política econômica e social em época de transformação estrutural. Política social e descentralização na Costa Rica. **Série de Políticas Sociais UNICEF**. San José, Costa Rica, 1998. Disponível em: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2011/costa-rica-por-v1.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2023.