

UNIVERSALIZAÇÃO DA SAÚDE: PROPOSTAS E TRAJETÓRIAS DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E COLÔMBIA

Valéria de Jesus Coelho Ferreira dos Santos*
Frederico Poley Martins Ferreira**

Resumo: Brasil e Colômbia fazem parte do conjunto de países da América Latina que realizaram reformas e expansão dos sistemas de seguro social nos últimos anos. Na área da saúde priorizou-se a universalização do acesso com diferentes formas de intervenção. No entanto, os modelos atuais não alcançaram seus propósitos iniciais. Assim, buscou-se nesse trabalho uma análise comparada entre os sistemas de saúde desses países com o objetivo de compreender os possíveis fatores que influenciaram sua concepção e respectivas trajetórias. Com base na teoria do institucionalismo histórico, percebe-se que os atuais sistemas de saúde brasileiro e colombiano são resultados da influência exercida pelas trajetórias escolhidas em decisões anteriores.

Palavras-chave: Brasil, Colômbia, reforma sanitária, universalização, sistema de saúde.

UNIVERSAL HEALTH: PROPOSALS AND TRAJECTORIES OF HEALTH SYSTEMS IN BRAZIL AND COLOMBIA

Abstract: Brazil and Colombia are part of the group of Latin American countries that changed and increased their social security systems in recent years. In the health field it is prioritized universal access to different forms of intervention. However, current models have not achieved their original purpose. Thus, it sought this work a comparative analysis between the health systems of these countries in order to understand the possible factors that

* Mestre em Administração Pública pela Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho/Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

** Doutor em Demografia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professor da Escola de Governo Professor Paulo Neves de Carvalho/Fundação João Pinheiro. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil

influenced their design and their trajectories. Based on the theory of historical institutionalism, it is clear that the current Brazilian and Colombian health system are the result of the influence of paths chosen in previous decisions.

Keywords: Brazil, Colombia, health reform, universal, health system.

Resumen: Brasil y Colombia son parte del grupo de países de América Latina que reformaron y han expandido los sistemas de seguridad social en los últimos años. En el campo de la salud se prioriza el acceso universal por las diferentes formas de intervención. Sin embargo, los modelos actuales no han logrado su propósito original. Por lo tanto, se trató en este trabajo un análisis comparativo entre los sistemas de salud de estos países con el fin de entender los posibles factores que influyeron en su diseño y sus trayectorias. Sobre la base de la teoría del institucionalismo histórico, se da cuenta que el sistema de salud brasileño actual y el colombiano son el resultado de la influencia de los caminos elegidos en las decisiones anteriores.

Palabras clave: Brasil, Colombia, reforma de la salud, universalización, sistema de salud.

INTRODUÇÃO

A construção de um estado de bem-estar na América Latina nas décadas de 80 e 90 ocorre no momento de reestruturação desse projeto em muitos dos países desenvolvidos. Tal movimento foi motivado pela incapacidade financeira de sustentação do regime de bem-estar, em razão do cenário econômico mundial desfavorável. Esse constrangimento internacional também afetou a proposta de política social em diversos países na América Latina. Em detrimento às políticas sociais universais optou-se, na maioria dos casos, por políticas assistencialistas e focalizadas. O Brasil, com a Constituição Federal em 1988, e a Colômbia, com a Constituição Política de 1991, definiram o acesso universal à saúde. No caso brasileiro, a proposta incluía a provisão igualitária da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Já a proposta colombiana, bem mais modesta, destacou, no texto constitucional, a saúde como um serviço público a cargo do Estado. A diferenciação do uso dos termos “direito” e “serviço” se materializaram na forma de condução desse processo em cada país.

O Brasil propôs a universalidade do acesso à saúde a partir da criação de um sistema nacional, integral, único e de financiamento público. No entanto, apesar da proposta brasileira de um serviço de saúde público, a iniciativa privada foi incluída como parte do sistema de saúde, constituindo, assim, um modelo assistencial público-privado. A Colômbia optou pelo acesso universal via expansão de seguros de saúde privados, com um financiamento público-privado. Entretanto, a opção pelos seguros privados não reduziu a participação do Estado nos gastos com saúde e gerou a segmentação do acesso. Os resultados decorrentes do formato dos sistemas, tanto no Brasil quanto na Colômbia, geraram efeitos não desejados sobre a qualidade dos serviços e bem-estar da população.

Diante desse quadro busca-se nesse trabalho uma análise comparada entre os sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia com o objetivo de compreender os possíveis fatores que influenciaram a concepção dos sistemas de saúde e suas respectivas trajetórias. Propõe-se para tal objetivo a análise dos arranjos institucionais relacionados às trajetórias de universalização dos serviços de saúde no Brasil e na Colômbia. Inclui-se nessa perspectiva a compreensão do papel do Estado, da estruturação do sistema de seguridade social e da relação público-privada na conformação dos atuais sistemas de saúde em ambos os países.

Para tanto, o trabalho está organizado em seis tópicos além desta introdução. No primeiro tópico apresentam-se alguns conceitos importantes para a discussão do trabalho. No segundo tópico, a metodologia de comparação entre os dois países. No terceiro tópico é feita uma análise do sistema de saúde brasileiro. No quarto, discute-se a proposta do modelo colombiano de saúde. No quinto, exploram-se de forma comparada os dois sistemas. Por fim, a conclusão.

1 ALGUNS CONCEITOS IMPORTANTES

Para fins desse trabalho, apropria-se de uma concepção mais ampla do termo “universalidade”, que diz respeito à cobertura populacional do sistema de saúde. Essa cobertura faz referência à garantia de acesso da população às ações e aos serviços de saúde. Ela se diferencia da cobertura de serviços, que diz respeito à amplitude do conjunto de ações e serviços que a população tem

acesso (LOBATO, GIOVANELA, 2008). Laurell (2012) defende a existência de duas correntes distintas quanto à forma de realização da universalização. A Colômbia é um exemplo da corrente que busca a cobertura populacional universal via expansão de seguros de saúde. Destaca-se como fundamento dessa corrente a ideologia neoliberal na saúde, marcada pela introdução da mercantilização desse setor. A segunda corrente, seguida, pelo menos constitucionalmente, pelo Brasil compreende a universalidade na saúde como a criação de sistemas nacionais integrais, únicos e públicos.

Acredita-se que as especificidades de cada país quanto à forma de organização dos sistemas de saúde são influenciados pelo processo histórico de sua constituição ou construção e também pelo contexto das reformas sanitárias (LAURELL, 2012). A importância explicativa dos arranjos institucionais está subsidiada pela abordagem do novo institucionalismo, que defende a importância da influência exercida pelas instituições sobre o comportamento e resultados políticos de uma determinada política. Inclui-se na análise institucional a perspectiva histórica, a partir da qual torna possível a compreensão do fato de que os tomadores de decisão, em cada momento histórico, atuam em um espaço condicionado por políticas anteriores (MENICUCCI, 2003).

Na concepção do institucionalismo histórico, as instituições são definidas, de forma geral, como os procedimentos, protocolos, normas e convenções oficiais pertencentes à estrutura organizacional da comunidade política ou da economia política. Essas instituições sociais e políticas, como exemplo, as associadas à organização do capital e do trabalho, também são vistas como capazes de estruturar interações sociais de forma a articular situações políticas e econômicas próprias a cada país (HALL; TAYLOR, 2003).

As instituições influenciam as situações políticas por meio das ações de indivíduos que também são influenciados por ela. Por uma perspectiva “calculadora” as instituições afetam o comportamento dos indivíduos aos incidirem sobre as expectativas de um determinado ator com relação às ações que os outros atores são suscetíveis de realizar como respostas às suas próprias ações ou concomitantes a elas. Por uma perspectiva “cultural”, as instituições fornecem informações estratégicas aos indivíduos e também afetam a identidade, a imagem de si e as preferências que guiam sua ação. Nesse caso, estratégias impulsionadas por um contexto

institucional definido podem se solidificar ao longo do tempo e tornar-se visões de mundo, que são transmitidas por organizações oficiais e acabam por formatar a imagem de si e as preferências dos interessados (HALL; TAYLOR, 2003).

Também é importante, nessa discussão, a perspectiva de uma causalidade social dependente da trajetória percorrida, *path dependente*. Diante disso, argumenta-se que o conjunto de forças institucionais é modificado pelas propriedades do contexto local herdadas do passado. Por fim, não obstante a importância das instituições na vida política, reconhece-se a relevância de outros fatores, em especial, do desenvolvimento socioeconômico e da difusão das ideias (HALL; TAYLOR, 2003).

2 METODOLOGIA

Segundo Conill (2006) os diversos sistemas de saúde apresentam semelhanças quanto à atual proposta de inclusão social, inovações tecnológicas e constrangimentos provocados pela mercadorização da saúde. Entretanto, divergem quanto ao formato dos sistemas. Tais diferenças estão relacionadas à interação entre os elementos históricos, culturais, políticos e econômicos. Sendo assim, a comparação entre os sistemas de saúde demanda uma concepção ampla não só do fato, mas de seu contexto. Ressalta-se que a comparação busca semelhanças, diferenças ou relações entre fenômenos, atuais ou não, no mesmo espaço ou não, com o propósito de melhor entendê-los.

A partir do exposto, algo importante no estabelecimento de comparações na área da saúde é a diferenciação entre sistemas de saúde e os sistemas de serviços de saúde ou de cuidados da saúde. Os primeiros são mais amplos e se referem a um conjunto de fatores que afetam direta ou indiretamente a saúde dos indivíduos. O sistema de serviços de saúde é um dos componentes dos sistemas de saúde, formado por um grupo de organizações responsáveis pelas ações e serviços orientados à promoção, prevenção e recuperação de saúde de uma população (LOBATO; GIOVANELA, 2008). Em razão da complexidade de se avaliar os sistemas de saúde, a comparação é feita entre os sistemas de cuidados ou serviços da saúde, para os quais são importantes pontos de análise: a dimensão de cobertura e acesso, tipo de financiamento, grau de integração entre os agentes financiadores e os prestadores,

propriedade dos serviços, formas de remuneração e regulação (CONIIL, 2006).

As fontes de dados quantitativos foram obtidos a partir da *World Health Organization* de 2013. A perspectiva comparada será realizada com base nos seguintes critérios: tipo de sistema, organização, financiamento e regulação como apresentados na figura 1.

Figura 1: Quadro comparativo dos sistemas de saúde Brasil-Colômbia

Caracterização dos sistemas de saúde			
Tipo de sistema	Organizações do sistema	Financiamento	Estratégias de regulação
-Como o sistema se expressa no marco legal e constitucional? -Quem é coberto pelo sistema? Como é o acesso? -Qual o modelo de vinculação ao sistema de saúde?	-Como está organizada a rede assistencial? - Qual o papel do setor privado?	-Quem financia o sistema de saúde? - Qual o gasto total e o gasto público per capita em saúde? -Qual é a participação do setor público e do privado no gasto total em saúde? -Há copagamento no setor público? - Há subsídios ao setor privado?	-Como ocorre a regulação?

Fonte: Adaptado de PEREIRA *et al.*, p.485, 2012.

3 SISTEMA DE SAÚDE NO BRASIL

A construção do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90 representou um marco na estruturação das políticas de saúde no Brasil. O ponto de partida foram as inovações sociais propostas pela Constituição Federal (CF) de 1988, entre elas, a definição da saúde como um direito, de provisão obrigatória do Estado sem distinção ou segmentação do acesso. Essa condição rompeu com o caráter meritocrático da assistência à saúde, vinculado à participação no mercado formal de trabalho. Introduziu-se a ideia de cidadania. No entanto, a dificuldade de cobertura e qualidade na prestação dos serviços de atenção à saúde e o crescimento do setor privado geraram uma segmentação não voluntária na cobertura.

A presença do setor privado na prestação dos serviços de saúde no Brasil remonta a década de 60, mas sua efetiva participação como parte da política de saúde foi consolidada com CF/88 que definiu que a “assistência à saúde

é livre à iniciativa privada”. Essa abertura para participação do setor privado na oferta dos serviços de saúde, tanto pelo aspecto legal quanto pelo favorecimento indireto via subsídios abriu espaço para o fenômeno da mercantilização¹ dos serviços de saúde a partir dos anos 90.

A relação entre o público e o privado se reforça com a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000, que normatiza a participação autônoma do setor privado no mercado e o papel do governo na regulação de suas atividades. Bahia (2010) chama atenção para indícios de ocorrência de privatização do espaço público da saúde, baseada na elevada proporção de gastos privados sobre os gastos totais com saúde, a “mercadorização” de alguns bens e serviços da saúde, expansão do número de contratos com planos de saúde e crescimento do total de estabelecimentos privados de diagnóstico e terapia.

De acordo com Motta, Silva e Fahel (2014), a parcela da população brasileira que possuía algum tipo de plano em 2008² era de 25%, assim a maior parte da população (75%) seriam prováveis usuários do SUS. Outro dado importante é o tipo de trabalho, formal ou informal. Os dados mostram que o grupo de pessoas que trabalha formalmente e possui plano é proporcionalmente maior que o grupo dos trabalhadores informais detentores de plano de saúde. Quanto à renda, a cobertura é maior nos maiores quintis de renda familiar. Esse contexto retrata a desigualdade no acesso aos serviços de saúde. Tem-se um maior uso do SUS pela população de menor renda e a opção pelos serviços privados por parte de segmentos como dos trabalhadores mais qualificados e classe média. Ocké-Reis (2009) chama atenção para os efeitos negativos da segmentação do acesso para o caso brasileiro.

Parece grave notar que o paralelismo do subsistema privado em relação ao SUS produz efeitos perversos sobre a regulação do sistema de saúde (ausência de planejamento), o financiamento público (elevação dos custos, renúncia fiscal e boicote ao ressarcimento), a organização dos profissionais de

¹ Segundo Braga e Silva (2001, p.20), a mercantilização da saúde poderia ser pensada como o “(...) processo pelo qual a atenção médica passa a ser plenamente uma mercadoria ‘como outra qualquer’ submetida às regras de produção, financiamento e distribuição de tipo capitalista”. Em decorrência disso, o setor privado ganha autonomia, os consumidores adquirem os bens no mercado e o Estado perde relativo poder, assumindo outras funções como regulação, supervisão e estabelecimento de contratos (ARAÚJO; SANTOS; RODRIGUES, 2013).

² Os dados foram extraídos da Pesquisa Nacional por amostra de domicílios de 2008.

saúde (dupla militância), a regulação da incorporação tecnológica (pressão do complexo médico-industrial) e sobre a equidade de acesso (dupla porta de entrada, dada a capacidade de pagamento da clientela da medicina privada) (OCKÊ-REIS, 2009, p.11)

Os efeitos perversos sobre o financiamento público da saúde advindo da segmentação do sistema se materializam no subfinanciamento do SUS e nos elevados subsídios ao setor privado³ da saúde. O tipo mais comum de subsídio é a renúncia fiscal, em que as pessoas físicas podem deduzir da renda tributável as despesas realizadas com saúde, sem limite para tal dedução. As empresas também se beneficiam de subsídio quando fornecem assistência de saúde aos seus trabalhadores. O valor acumulado com a renúncia fiscal em saúde em 2011 foi de aproximadamente R\$ 16 bilhões, o que corresponde a 22,5% do gasto público federal em saúde. Dentro do gasto tributário em saúde, o peso relativo do gasto com planos, entre 2003 e 2011 foi igual ou maior a 40% (OCKÊ-REIS, 2013).

Também chama atenção a diferença do valor gasto per capita do SUS e dos planos e seguros privados. Para o ano de 2008, respectivamente, R\$ 545 e R\$ 1.185 anuais. Se considerar o fato de que muitos usuários de planos e seguros privados de saúde também utilizam o SUS, principalmente em seu setor de alta complexidade e tratamentos diversos, há uma sobre cobertura do sistema (OLIVEIRA, 2011).

Essas informações deixam claro que a proposta de universalidade do sistema seguiu uma trajetória de segmentação do acesso e iniquidades nos serviços de saúde. Dada a necessidade de resgate da proposta inicial do sistema, coloca-se como fator importante a compreensão dessa trajetória, a partir da articulação dos processos e atores envolvidos. A partir da abordagem proposta pelo institucionalismo histórico, o principal fator explicativo a ser considerado para compreender a dualidade institucional do sistema de saúde no Brasil é a própria política. Parte-se da hipótese de que as políticas de saúde anteriores afetaram as escolhas posteriores. Para compreender essa

³ São isenções tributárias a hospitais privados credenciados por operadoras, participação do orçamento público, incluindo estatais, no financiamento de planos privados aos servidores públicos, deduções no imposto de renda (pessoa física e jurídica) dos consumidores de serviços privados de saúde e o não ressarcimento das operadoras privadas previstos na Lei 9656/1998, que regulamenta o setor (OLIVEIRA, 2011).

trajetória, três momentos são importantes: a constituição do modelo segmentado público/privado nos anos 60; a reforma da política de saúde nos anos 80; e a implantação da reforma na década de 90, paralelamente aos processos de formação e decisão da política regulatória da assistência suplementar (MENICUCCI, 2003).

Na trajetória dos processos, primeiramente (década de 60) vigorou a lógica de assistência via mercado, o que é percebido na decisão governamental de ampliar a cobertura para os trabalhadores assalariados através da incorporação da assistência médica aos benefícios prestados pelas instituições previdenciárias. Esses benefícios seriam prestados através da compra de serviços de prestadores privados. Nesse momento, não houve a preocupação na formação de uma rede pública de serviços de saúde. “No caso da previdência, o INPS passou a ser o grande comprador dos serviços privados de saúde e, dessa forma, estimulou um padrão da prática médica orientada pelo lucro” (ESCOREL, 2008, p.391).

Essas ações foram decisivas na criação de um mercado para os prestadores de serviços de saúde e no estabelecimento da prática empresarial de tomar para si a responsabilidade pela assistência médica de seus empregados. Essa postura do setor privado perpetuou-se nos anos seguintes, em razão do fortalecimento econômico de determinados grupos. Esses foram influenciados pela necessidade de realizar investimentos, tanto para atender as demandas públicas via venda de serviços quanto para cobrir a própria demanda de serviços decorrente da assistência à saúde aos seus funcionários. Segundo Escorel (2008) o crescimento da iniciativa privada pode ser evidenciado no aumento do número de leitos privados lucrativos. Em 1960, a iniciativa privada detinha 62% do total de leitos do país, sendo 20% destinados ao atendimento privado e em 1975, 68% do total de leitos eram privados e 45% deles destinados ao atendimento do setor privado.

A trajetória consolidada pelos processos governamentais escolhidos mostra que a constituição de formas de assistência baseadas em uma rede privada de prestadores influenciou a conformação de atores, interesses e identidades, de tal forma, que impediu que novas alternativas capazes de alterar o padrão de comportamento vigente obtivessem êxito. Além disso, a inexistência por parte do governo de uma capacidade prestadora desenvolvida, resultado da decisão de comprar os serviços na esfera privada para ampliar a rede de serviços públicos, dificultaria a mudança.

Entre os atores envolvidos, cabe mencionar os trabalhadores. De acordo com Menicucci (2007), nota-se pouca influência dessa classe na reforma universalista, o que pode ser entendido pela relação dessa classe com os serviços privados de saúde. No período anterior a reforma, os serviços de saúde no país estavam inicialmente dispersos em diversos institutos previdenciários, articulados apenas por categorias profissionais. Posteriormente foram concentrados através da oferta de instituições particulares (principalmente hospitais) conveniadas ao antigo Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária (INAMPS). O favorecimento da classe trabalhadora em detrimento das demais dificultou a formação de uma identidade coletiva suficientemente envolvida para defender uma proposta de universalização. Contrariamente, o que se percebeu foram ações a favor de demandas particulares de saúde e a defesa de formas privadas de provisão de serviços vinculadas ao contrato de trabalho. A iniciativa privada, como ator no processo, organizou-se de diversas formas (segmentos empresariais, instituições e organizações de medicina de grupo, cooperativas médicas e sistemas de autogestão vinculados às empresas empregadoras) na defesa de seus interesses. Sua atuação foi decisiva na alteração da proposta original de reforma.

Menicucci (2003) expõe que a experiência de uma assistência médica público-privada reforça as preferências pela assistência privada tanto pelos usuários, como abordado anteriormente, quanto pelos agentes governamentais. Isso se explica pela percepção adquirida de que a opção pela prestação de serviços via contratação de empresas e profissionais privados se apresentava como alternativa natural às necessidades de ampliação da cobertura. Neste caso, ser ou não a forma mais eficiente e eficaz é pouco significativo.

Um balanço geral das duas décadas precedentes à década de 80 demonstra um favorecimento do fortalecimento da iniciativa privada. Percebe-se que, mesmo que não intencionalmente, as deliberações assumidas pelos tomadores de decisão criaram condições para a dualidade na prestação de serviços de saúde na conformação da reforma da saúde na década de 80. No terceiro momento, de implantação da reforma, a regulamentação nos anos 2000 dos serviços privados como parte da política de saúde corroborou para seu fortalecimento. (MENICUCCI, 2003).

A partir do exposto percebe-se que o fator que explica a dualidade do sistema de saúde brasileiro é a própria política de saúde desenvolvida anteriormente. Soma-se a esse fator o contexto econômico, político e ideológico presente na reforma, que tendiam pela redução da participação do Estado e maior autonomia do mercado. Esse contexto atuou como legitimador das escolhas realizadas, em detrimento da proposta de universalização definida no clamor pela democratização. Apesar da proposta de universalização não ter alcançado as dimensões desejadas, avanços concretos como a inclusão de milhares de pessoas ao sistema se apresentam como importantes conquistas.

4 SISTEMA DE SAÚDE COLOMBIANO

A organização de um sistema de saúde na Colômbia começa a tornar-se realidade a partir da Constituição Política de 1991, que define a seguridade social e a atenção à saúde como serviços públicos de direção, coordenação e controle do Estado. A organização efetiva do sistema ocorre com a lei 1438 de 2011. Entre os princípios para organização do sistema de saúde colombiano estão: a universalidade, compreendida como cobertura a todos os residentes do país, em todas as fases da vida; a igualdade, sem discriminação de usuários; equidade, condições de acesso ao sistema independente da capacidade de pagamento; solidariedade, apoio mútuo entre as pessoas na garantia do acesso e sustentabilidade dos serviços (financiamento através de esquema compensatório intra e entre regimes); além de outros.

A saúde individual é garantida através do *Sistema General de Seguridad Social en Salud* (SGSSS) por meio de seguros de saúde. A prestação dos serviços é executada pela participação público-privada. Cabe ao Estado a regulação da iniciativa privada. Há três regimes de participação, o Regime Contributivo (RC), o Regime Subsidiado (RS) e o Regime Especial (RE). Também há a possibilidade de contratação particular dos serviços de saúde (GUERRERO *et al.*, 2011).

O RC destina-se aos trabalhadores assalariados, pensionistas e aos trabalhadores independentes com renda igual ou superior a um salário mínimo. Para esse grupo a contribuição é de 12,5% da renda do trabalho. A contribuição garante proteção para o contribuinte e seus dependentes e o

direito a auxílio financeiro suplementar em casos de licença maternidade e incapacidade por doença. O RS engloba todas as pessoas sem capacidade de contribuição.

Os recursos para o financiamento do regime subsidiado advêm do *Fondo de Solidaridad y Garantía* (FOSYGA) e corresponde a 1,5 pontos percentuais dos recursos advindos das cotizações do RC e dos recursos fiscais e parafiscais. Os *Regímenes Especiales* (RE) são oferecidos aos trabalhadores do exército, polícia nacional, Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), magistério e universidades públicas. O serviço exclusivamente privado é utilizado preponderantemente pela população de alta renda. Uma parte da população de renda média, em razão da carência de cobertura ou por dificuldade de acesso ao SGSSS, também utiliza o atendimento privado.

As Entidades Promotoras de Saúde (EPS), organizações públicas ou privadas, por delegação do *Fondo de Solidaridad y Garantía* são responsáveis pelo seguro dos regimes contributivo e subsidiado. Elas atuam através de dois planos de atendimento, o Plano Obrigatório de Saúde (POS), destinado ao sistema contributivo, e o POS-S para os participantes do regime subsidiado.

A prestação de serviços de saúde é executada pelas Instituições Prestadoras de Serviços (IPS) e por profissionais liberais, que podem estar integradas as EPS ou apenas vinculados através de contratos. Essas instituições podem ser públicas ou privadas e devem oferecer serviços de internação e ambulatorial (GUERRERO *et al.*, 2011). O uso dos serviços é regulado pela existência de cotas moderadoras e há cobrança de coparticipação, em alguns casos, com a finalidade de financiar o sistema.

Esse modelo resultou em aumento do acesso aos serviços de saúde através da ampliação da cobertura. Em 2010 as coberturas foram de 39.7% e 51.4% da população total, respectivamente, pelos sistemas RC e RS. O resultado final indica que, em 2010, somente 4.3% da população não estava coberta pelo sistema de saúde considerando todas as modalidades. Apesar da melhoria nos indicadores de saúde ainda permanecem desigualdades de acesso entre as regiões e entre os grupos (gêneros, idade, condições biológicas, socioculturais). Também chama atenção a diferença na cobertura de serviços. O POS-C é mais amplo que o POS-S. O resultado desse modelo é a ampliação da cobertura com segmentação do acesso.

Segundo Merlano-Porras e Gorbanev (2013) também pesam contra o SGSSS os altos custos de transação, em razão dos intermediadores do sistema

e a baixa eficiência dos serviços, em parte, decorrentes da concentração de poder de negociação de serviços nas EPS. As empresas prestadoras de serviços negociam os serviços prestados com as IPS, o que resulta em muitos casos na restrição do acesso. Diante das limitações impostas pelas IPS, muitos usuários recorrem judicialmente para obter os serviços de que necessitam. Isso gera aumento dos custos para o FOSYGA. Laurell (2012) também chama atenção para os crescentes gastos pessoais com a saúde em virtude das limitações dos pacotes de serviços de saúde.

Se por um lado a expectativa de mercado geraria melhores serviços pela competição, a ótica do lucro contraria os princípios humanísticos da medicina e os princípios de equidade. Essa questão fica clara na fala de Hernández-Álvarez (2014).

En estas condiciones, una mujer gestante tiene el doble de riesgo de morir por causas prevenibles del embarazo si está en el régimen subsidiado que si está en el contributivo, y seis veces más que si cuenta con “medicina prepagada” [8]. El sistema produce rentabilidad a los intermediarios a las transnacionales de medicamentos y tecnologías, mientras reproduce la inequidad social acumulada en el país.

Em razão do baixo número de trabalhadores, da elevada informalidade e precariedade do trabalho (maioria dos trabalhadores recebe menos que um salário mínimo mensal) a proposta de um sistema de seguros privados que reduzisse a participação do Estado nos gastos na saúde não se efetivou (CALDERÓN, 2011). Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, em 2010, 76% dos gastos em saúde na Colômbia eram públicos e apenas 14% eram gastos das famílias. Portanto, verifica-se que o sistema se consolidou com uma cobertura de financiamento público e acesso segmentado. Entretanto, a necessidade de mudanças no sistema tem sido debatida e propostas de novas reformas têm ocupado o debate legislativo.

Assim, como foi feito para análise do caso brasileiro, propõe-se a compreensão do atual modelo colombiano a partir da teoria do institucionalismo histórico, a partir do qual se percebe que o contorno atual do sistema é resultado de decisões políticas anteriores que contribuíram para construção de processos, atores e estruturas. Também nota-se a importância de um conjunto de fatores externos que enfatizaram o resultado da trajetória.

A atenção à saúde no início do século XX não contava com uma organização institucional. Através de instrumentos legais foi delegado às empresas o dever de prestar atenção à saúde aos seus trabalhadores. Os serviços médicos eram prestados em consultórios particulares mediante convênio entre a empresa e o médico. No entanto, nem todas as empresas cumpriam essa determinação. Na maioria dos casos, eram beneficiados apenas os empregados de grandes empresas ou funcionários de alto escalão. Os empregados públicos nacionais e municipais eram atendidos nas respectivas *Cajas de Previsión* ou em clínicas contratadas. Os demais contavam com atendimento solidário.

Esse modelo começou a ser questionado a partir dos avanços da industrialização e da ampliação da massa de trabalhadores. Como alternativa foi instituída a seguridade social pública através da criação, em 1946, do Instituto Colombiano de Seguros Sociales - ICSS, que estabeleceu como obrigatório o seguro social aos trabalhadores. Excetuaram-se da obrigatoriedade desse seguro os trabalhadores vinculados a *la Caja de Previsión Social de Empleados y Obreros Nacionales (CAJANAL)* ou outras instituições similares de bem-estar social. Os serviços prestados pelo ICSS eram organizados em quatro áreas de atuação: Entidade de Promoção de Saúde (EPS), com uma rede de clínicas e ambulatórios (CAA), ou seja, instituições prestadoras de serviços de saúde (IPS) e também como pensão e Administrador Profissionais de Risco (ARP). Os seguros eram financiados por uma contribuição equivalente a 8% do valor da folha de pagamento, sendo 2% pago pelo Estado, 2% pelos empregados e 4% pelos empregadores. No sentido de proteção do trabalhador também foram criadas, em 1954, as *Cajas de Compensación Familiar*⁴. Essas, inicialmente surgiram como uma iniciativa privada não obrigatória e tornaram-se posteriormente (1957) parte da política de seguridade social (FORERO, 2009).

Em geral, a década de 60 foi marcada pela discussão do papel do Estado e sua importância na provisão do bem-estar individual, familiar e coletivo. Para tal, o ponto de partida era a integração do sistema. Reconhecia-se a

⁴ As *Cajas de Compensación Familiar* são entidades privadas, sem fins lucrativos, criadas para melhorar a qualidade de vida das famílias de trabalhadores através da administração e entrega, em doações e serviços de contribuições as famílias. Inicialmente o valor era de 8 pesos por filho. A sustentação financeira dessas Caixas amparava-se na contribuição patronal de empresas públicas e privadas (FORERO,2009).

necessidade de coordenar os institutos e os serviços de saúde para melhor utilização dos recursos. No entanto, havia limitações devido à dificuldade de conciliar os diversos interesses e a falta de recursos financeiros. Na tentativa de avançar na estruturação do sistema de saúde, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS) em 1975. Esse sistema era composto por três subsetores: o privado, a seguridade social (ISS e o CAJANAL) e a assistência pública (voltada para o atendimento da população pobre, estruturada por hospitais públicos). A proposta de articulação desses subsetores não se efetivou em razão, entre outros fatores, da diversidade de fontes de financiamento. Observa-se que cada sistema avançou de forma independente, segundo suas possibilidades e ritmo (SANABRIA, 2012).

Além das dificuldades de articulação entre os diversos componentes do sistema, também havia resistência por parte dos próprios trabalhadores na construção de um sistema amplo e solidário de proteção social no aspecto da saúde. O resultado da década de 70 é um distanciamento da proposta de universalização do acesso à atenção médica na Colômbia. Prevaleceu uma dualidade no sistema, de um lado a assistência via seguro, de outro a assistência social para aqueles que apresentavam incapacidade para se manter no mercado. Nesse contexto, não existiam as noções de direitos e de cidadania, já que o indivíduo ou o grupo social passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social (SANABRIA, 2012).

Esse cenário perdura na década de 1980. O baixo crescimento econômico, a redução dos investimentos e a inflação impulsionaram o país a adotar o receituário dos organismos multilaterais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional. Essas ações estavam baseadas, entre outras ações, na redução dos gastos públicos. Uma das consequências na área da saúde foi a decadência dos serviços de assistência pública, principalmente da rede de hospitais.

O início dos anos de 1990 é marcado pelo acirramento do conflito armado interno, redefinição da dinâmica dos mercados internacionais, abertura econômica e entrada das políticas neoliberais. A necessidade de profundas mudanças impulsionou a promulgação de uma nova constituição e reformas importantes na área da saúde. Seu principal objetivo era fortalecer a legitimidade institucional e devolver a credibilidade ao sistema político, até aquele momento, excludente e desacreditado (VARGAS *et al.*, 2012).

O sistema de saúde até então vigente resultou em elevada desigualdade de acesso à saúde. Somente 31% da população eram atendidas pelo serviço de saúde. Ainda havia vários problemas de qualidade, eficiência e corrupção do sistema. A reforma da saúde propunha a incorporação de todas as instituições privadas ou públicas que atendiam aos pobres ao sistema nacional. A execução dessa tarefa dependia da criação de uma forma de financiar os serviços de saúde consumidos pelos mais pobres sem afetar as metas de ajuste fiscal (OPS, 2002). A articulação para uma proposta de reforma envolveu múltiplos atores com distintos interesses. Entre esses, mencionam-se: representantes do Estado, associações de poder econômico, organismos internacionais, sindicatos, partidos políticos, associações de profissionais e grupos sociais organizados (GOMEZ, 2009).

A proposta do Banco Mundial era a adoção do sistema de seguros sociais. Esperava-se que esse formato contribuiria para a entrada de capital privado e a diminuição do gasto público no longo prazo. Argumentava-se que a desconcentração da oferta de serviços seria uma forma de melhorar a eficiência e qualidade dos mesmos. Na mesma direção, a expansão mundial dos mercados de seguros de atenção à saúde e o crescimento das empresas multinacionais corroboravam com essa proposta. Soma-se, ainda, o fato que o acúmulo de recursos dos fundos de pensões e de assistência à saúde tornou-se atrativo para o setor financeiro mundial (OPS, 2002).

A posição governamental não era consensual, em virtude da diversidade de representações partidárias que permeavam a administração pública. O Ministério da Saúde, sob a direção da *Alianza Democrática M-19*, defendia um seguro universal financiado de forma pública, com fortalecimento dos hospitais públicos e da atenção primária. Técnicos do Departamento Nacional de Planejamento (apoiados pelo presidente e por altos funcionários) optavam pelo seguro individual, subsídios à população pobre, livre competência entre as seguradoras e prestadores de serviço (estatais ou privados). Já o ISS era a favor de seguro universal administrado sob a lógica do seguro social (VARGAS *et al.*, 2012).

A Assembleia Nacional Constituinte (ANS) encarregada de elaborar a nova constituição articulou várias propostas. As relações de poder no interior dos debates da ANS estavam tensionadas em razão das divergências ideológicas e da articulação de cada um dos atores com o mercado de saúde

que se desenvolveu. As políticas anteriores se concentravam na responsabilização do Estado pelo bem-estar da população através da participação dos indivíduos e empresas, ênfase dos gastos nos mais pobres e forte participação da atividade privada (Caixas de Compensação e prestadores de serviços de saúde). Essa tendência se manteve na reforma (VARGAS *et al*, 2012).

O resultado foi um sistema de seguros de saúde financiados pelos particulares e subsidiado aos que não podem contribuir. Conservaram-se as antigas instituições de seguridade social, houve estímulo à criação das IPS, transformação dos hospitais públicos em Empresas Sociais do Estado e fortalecimento do setor solidário. A opção por um acesso segmentado, contribuintes e não contribuintes; a escolha pela intermediação das EPS e o fortalecimento da prestação privada dos serviços foram resultados das escolhas tomadas pelos decisores em momentos anteriores. Os impactos da conjuntura externa, nesse caso, atuaram mais como fatores de corroboração com a trajetória desenvolvida do que como determinantes.

5 ANÁLISE COMPARADA

A opção brasileira na definição do tipo de sistema de saúde compreendia um sistema universal, público e igualitário. Já a proposta colombiana previa um sistema de acesso universal, com participação da sociedade, através do regime de seguros de saúde, contributivo e subsidiado. Dessa forma, o Brasil conseguiria universalizar o atendimento através de uma rede pública, com financiamento público a todos os cidadãos, enquanto a Colômbia universalizaria o atendimento através de uma rede pública e privada, com financiamento público aos que não podem pagar e contributivo aos trabalhadores formais. No entanto a proposta de universalização em ambos os países assumiram trajetórias distintas à proposta constitucional.

A realidade brasileira atual é de um acesso segmentado. Avaliando-se o perfil dos usuários percebe-se uma distinção de renda, sendo os mais ricos usuários da rede privada e os mais pobres usuários do SUS. Essa segmentação é em parte sustentada pelos subsídios dados ao sistema privado. Da mesma forma, a proposição pública do sistema não se efetivou, considerando-se a participação do setor público em relação à participação do setor privado nos

gastos da saúde. No caso da Colômbia, a expectativa de reduzir a participação do Estado no financiamento da saúde foi estrangida, dado o baixo crescimento do setor formal como indica a figura 2.

Figura 2 Comparação dos sistemas de saúde: Brasil e Colômbia

Caracterização dos Sistemas de Saúde		
	Brasil	Colômbia
Tipo de sistema	<p>-Direito de todos e dever do Estado, (Artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988).</p> <p>-Acesso segmentado aos serviços de saúde</p> <p style="margin-left: 100px;"> { SUS-75% } Saúde </p> <p>-Cobertura populacional universal</p> <p>-Modelo de vinculação ao sistema baseado no princípio de direito à cidadania.</p>	<p>-Serviço público a cargo do Estado, com participação da comunidade (Artigo 49 da Constituição Política de 1991)</p> <p>- Acesso segmentado aos serviços de saúde</p> <p style="margin-left: 100px;"> { contributivo 39,7% } subsidiado 51.4% </p> <p>-Cobertura populacional universal ainda não alcançada.</p> <p>-Modelo de vinculação ao sistema baseado no princípio do seguro de saúde.</p>
Organização do sistema	<p>-A rede assistencial é organizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) estruturado em um único regime de atendimento.</p> <p>-Serviços prestados pela rede pública. Papel crescente e complementar do setor privado na oferta de serviços de saúde</p>	<p>-A rede assistencial é organizada pelo Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) estruturado em dois regimes de atendimento, contributivo e subsidiado.</p> <p>-Papel essencial do setor privado na oferta de serviços de saúde (EPS e IPS).</p>
Financiamento	<p>-O sistema é financiado por meio de recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.</p> <p>-Gasto total: US\$217 bilhões</p> <p>-Gasto total per capita: US\$1.085</p> <p>-Gasto público per capita: US\$530</p> <p>-Gasto total</p> <p style="margin-left: 100px;"> { Famílias:30% } Governo:48% </p> <p>-Gastos do governo na saúde como % do PIB: 5%</p> <p>-Não há copagamento no setor público.</p>	<p>-O modelo de financiamento é constituído por recursos de fontes primárias (contribuição de famílias e empresas e de fontes secundárias recursos nacionais) para o Fundo de Solidariedade e de Garantia.</p> <p>-Gasto total: US\$26 bilhões</p> <p>-Gasto total per capita: US\$533</p> <p>-Gasto público per capita: US\$356</p> <p>- Gasto total</p> <p style="margin-left: 100px;"> { Famílias:14% } Governo:76% </p> <p>-Gastos do governo na saúde como % do PIB: 5%</p> <p>-Há cotas moderadoras e coparticipação (casos específicos) no sistema.</p>
Estratégias de regulação	Ministério da Saúde com gestão municipal	Ministerio da Saúde com apoio da Comissão Reguladora da Saúde (CRES).

Fonte: Elaboração própria. Dados quantitativos: WORLD HEALTH ORGANIZATION: Health System Financing Profile, 2013. Dados qualitativos: Pesquisa bibliográfica

CONCLUSÃO

O Brasil, com a Constituição Federal em 1988, e a Colômbia, com a Constituição Política em 1991, definiram o acesso universal da saúde como um alvo constitucional. No caso brasileiro, a proposta incluía a provisão igualitária da saúde como um direito de todos e dever do Estado. Já a proposta colombiana destacou, no texto constitucional, a saúde como um serviço público a cargo do Estado. A diferenciação do uso dos termos “direito” e “serviço” se materializaram, respectivamente, na criação de um sistema nacional integral, único e de financiamento público; e em um sistema de cobertura universal via expansão de seguros de saúde privados para todos, com um financiamento público-privado.

No caso brasileiro, concomitante ao desenvolvimento do serviço público incluiu-se a participação da iniciativa privada. Os baixos investimentos no Sistema Único de Saúde e investimento indiretos (subsídios) ao setor privado fortaleceram o serviço privado de saúde, constituindo, assim, um modelo assistencial segmentado público-privado. Essa conformação indica que a proposição pública do sistema não se efetivou, o que é reforçado pela baixa participação do setor público em relação a participação do setor privado nos gastos da saúde. Ressalva-se que os valores dos gastos públicos em saúde não computam os investimentos indiretos dados via descontos dos gastos das famílias com saúde na apuração do imposto de renda.

No caso da Colômbia a opção pelos seguros privados não reduziu a participação do Estado, mas configurou um acesso segmentado. A expectativa de reduzir a participação do Estado no financiamento da saúde foi estrangida em função do baixo crescimento do setor formal. Os gastos públicos em saúde ocupam a maior parte dos gastos totais em saúde no país. Além disso, a formalização de dois planos de atendimento POS e POS-S geraram iniquidades no acesso e distanciamento da proposta de cidadania social. Somam-se, ainda, os altos custos de transação e iniquidades no sistema nas formas de atendimento e na regulação, onde há vários casos de corrupção.

Percebe-se, dessa forma, que os atuais sistemas de saúde, brasileiro e colombiano, são resultados da própria política de saúde desenvolvida anteriormente. Soma-se a esse fator uma conjuntura favorável à trajetória delineada, no momento das reformas. Subsidiado pela teoria do

institucionalismo histórico percebe-se que os arranjos institucionais tiveram papel decisivo na configuração dos sistemas. O papel assumido pelo Estado, a forma de estruturação do sistema de seguridade social e a relação público-privada definidos em anos anteriores configuraram a trajetória de universalização dos serviços de saúde no Brasil e na Colômbia. Apesar da proposta de universalização não ter alcançado as dimensões desejadas, avanços concretos, como a inclusão de milhares de pessoas ao sistema, se apresentam como importantes conquistas. A superação dos atuais estrangimentos do sistema mostra-se como um desafio complexo a ser enfrentado pelos formuladores de políticas públicas, para os quais a compreensão da trajetória é um ponto de partida.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J. B.; SANTOS, V.J.C.F; RODRIGUES, C. L. **Trabalho no segmento ocupacional de saúde no Brasil nos anos 2000: o mix público x privado.**

Seminário Internacional Brasil-Portugal, Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas, CD-ROM, 2013.

BAHIA, L. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: SANTOS, N; AMARANTE, P (orgs). **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde.** Rio de Janeiro: Coleção Pensar em Saúde (Cebes), 2010. p.115-128.

BRAGA, J. C.; SILVA, P. L. B. A mercantilização admissível e as políticas públicas inadiáveis: estrutura e dinâmica do setor saúde no Brasil, introdução. In: NEGRI, B.; DI GIOVANNI, G. (orgs.). **Brasil: radiografia da saúde.** Campinas: IE/UNICAMP, 2001. p 19-42.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 08/02/2014.

CALDERÓN, C. A. A *et al.* Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.6, p.2817-2828, jun. 2011.

COLOMBIA. Constitución (1991). Constitución Política de Colombia. [http://wsp.presidencia.gov.co /Normativa/DAPRE/Paginas/NormasEntidad.aspx](http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/DAPRE/Paginas/NormasEntidad.aspx) > . Acesso em: 10 NOV. 2013.

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro:Fiocruz, 2006. p.563-613.

ESCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990. In: GIOVANELLA *et al.* (orgs.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, p. 385-434, 2008.

FORERO, H. C. **Momentos históricos de la medicina colombiana**. Bogotá: *Universidad Nacional de Colombia*, 2009. Capítulo VI. Disponível em: <<http://www.bdigital.unal.edu.co/638/11/9789587194036.11.pdf>> Acesso em: 02/02/2014.

GOMEZ, M. U. La dinámica de los actores en la implementación de la reforma del sistema de salud en Colombia: exclusiones y resistência (1995-2003). **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá (Colombia), v.17, n. 8, p. 44-68, jun. 2009. Disponível em: <www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n17/v8n17a04.pdf>. Acesso em: 29/01/2014.

GUERRERO R, G. *et al.* **Sistema de salud de Colombia**. México: Salud Publica, 2011. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/10.pdf>>. Acesso em: 10 Nov.2013

HALL, P. A. ; TAYLOR, R. C. R.. As três versões do neo-institucionalismo. **Lua Nova**, São Paulo, n.58, p. 193-223, 2003.

HERNÁNDEZ-ÁLVAREZ, M. Colombia: modelo de “cobertura universal en salud”, **2014. Cebes.Org**, Rio de Janeiro, 03v dez.2014. Disponível em: <http://cebes.org.br/2014/12/mariohernandezalvarezanalisaomodelodecoberturauniversalemsaudecolombiano/>. Acesso em: 02 set. 2015.

LAURELL. A. C. **Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafios, 2012**. Disponível em: <http://www.alames.org/documentos/sistemasasa.pdf>. Acesso em: 02 Set.2015.

LOBATO, L, V, C.; GIOVANELA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes dinâmica. In: GIOVANELLA et al. (orgs.), **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**, Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz, p. 107-140, 2008.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e Privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. 2003. Dissertação (Doutorado em Ciências Humanas - Sociologia e Política). Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais/ UFMG. 2003.

MERLANO-PORRAS, C. A.; GORBANE, I. Sistema de salud en Colombia: una revisión sistemática de literatura: **Revista Gerencia y Políticas de Salud**, Bogotá, v12, n.2, Jan –Jun. 2013. Disponível em: www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272013000100005. Acesso em: 29/01/2014.

Ministério da saúde. Disponível em: ww.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/Sistema-General-de-Pensiones.aspx. Acesso em: 11/02/2014.

MOTTA, C. P. G. ; SILVA, D. ; FAHEL, M. C. X. . Diferenças no acesso à serviços de saúde da população brasileira: uma análise comparada a partir das PNADs de 1998, 2003 e 2008. In: XIX Encontro da Associação Nacional de Estudos Populacionais, 2014, São Pedro. Anais XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 2014.

OCKÉ-REIS, C. O. A constituição de um modelo de atenção à saúde universal: uma promessa não cumprida pelo SUS? **IPEA. Texto para discussão, 1376** (Série seguridade social). Rio de Janeiro, 2009.

OCKÉ-REIS, C. O. Mensuração dos gastos tributários: o caso dos planos de saúde - 2003-2011. IPEA. Nota Técnica. n.5. Brasília, 2013.

OLIVEIRA, C. Subsídio público a planos de saúde é caixa-preta, diz especialista. **RBA**, 11 nov 2011. Disponível em: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2011/11/ubsidio-publico-dos-planos-de-saude-e-uma-caixa-preta-diz-especialista-na-area>. Acesso em: 29/01/2014.

OPS. **La Organización Panamericana de la Salud y el Estado Colombiano -Cien años de historia 1902 - 2002**, 2012. Disponível em: <http://>

www.col.ops-oms.org/centenario/libro/OPSestado100_print.htm#_34 .
Acesso em: 02/02/2014.

PEREIRA, A. M. M. *et al.* **Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências.** Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 482-499, jul./set. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042012000300019&script=sci_arttext. Acesso em 02/02/2014

SANABRIA, C. A. P. **Política de Saúde e o Sistema de Seguridade Social: processo de formulação na Colômbia nos anos 90.** 2012. Dissertação (pós-graduação em planejamento e gestão em saúde) Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012. Disponível em < [http://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6754/1/Diss. mestrado. Clara Prada 2012.pdf](http://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/6754/1/Diss._mestrado._Clara_Prada_2012.pdf)>. Acesso em: 02/02/2014.

VARGAS, M. V. *et Al.* La reforma sanitaria en la Colombia de finales del siglo xx: aproximación histórica desde el análisis sociopolítico. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**, Bogotá (Colombia),v.23, n.11, p. 58-84, jul.2012. Disponível em: <www.scielo.org.co/pdf /rgps/v11n23/v11n23a04.pdf>. Acesso em: 10/02/2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Who Global Health Expenditure Atlas, 2013. Disponível em: <<http://www.who.int/countries> > Acesso em: 11 ago.2015.

