

**ESTUDO COMPARATIVO DOS SISTEMAS DE SAÚDE DO BRASIL E DA
COLÔMBIA: Modelos, Desafios e Indicadores de Desempenho**

**COMPARATIVE STUDY OF THE HEALTH SYSTEMS OF BRAZIL AND
COLOMBIA: Models, Challenges, and Performance Indicators**

Fernanda Brandão Ferreira de Vilhena Arcuri¹, Aline Neves Oliveira²

¹Centro Universitário do Sul de Minas UNIS, Varginha, MG, E-mail:
fernanda.arcuri@alunos.unis.edu.br, ORCID: 0009-0000-0216-0129

² Centro Universitário do Sul de Minas UNIS, Varginha, MG, E-mail:
aline.oliveira@professor.unis.edu.br, ORCID: 0000-0002-4357-0340

RESUMO

Este estudo analisa comparativamente os sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia, destacando como seus marcos legais refletem diferentes concepções sobre o papel do Estado e a garantia do direito à saúde. O Brasil adota um modelo público e universal, representado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), fundamentado na integralidade, equidade e participação social. Já a Colômbia estrutura-se sob um sistema concorrencial e segmentado, o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), que busca conciliar cobertura universal e gestão privada. A pesquisa, de caráter descritivo-analítico e abordagem qualitativa, utilizou análise documental de legislações, políticas e indicadores. Os resultados evidenciam avanços em ambos os países, mas com desigualdades no acesso e desafios de financiamento. Conclui-se que o fortalecimento da atenção primária, da regulação estatal e da atuação profissional em saúde é essencial para consolidar sistemas mais equitativos e sustentáveis na América Latina.

Palavras-chave: Brasil, Colômbia, Sistemas de Saúde, Legislação.

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde refletem os modelos político-sociais adotados por cada país e são profundamente influenciados pela legislação que os rege. No Brasil e na Colômbia, a construção normativa dos sistemas de saúde expressa não apenas a organização dos serviços e a forma de financiamento, mas também a concepção do direito à saúde como parte integrante da cidadania. Entender como as legislações desses países estruturam seus

sistemas é essencial para compreender os avanços, limites e desafios enfrentados na efetivação do acesso universal e equitativo à saúde.

No caso brasileiro, o marco legal decisivo para a consolidação do sistema de saúde é a Constituição Federal de 1988, que, ao incorporar os princípios do movimento da Reforma Sanitária, definiu a saúde como "direito de todos e dever do Estado", prevendo sua garantia mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços (BRASIL, 1988).

Esse princípio constitucional resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que definem a organização da rede assistencial, a descentralização da gestão, a participação popular e o financiamento do sistema. Para Paim et al. (2011), o SUS representa uma experiência única de sistema público universal no contexto da América Latina, sendo sustentado por um marco legal robusto e por princípios doutrinários como a integralidade, a equidade e a universalidade.

Já na Colômbia, o processo de transformação do sistema de saúde foi impulsionado pela Constituição Política de 1991, que, embora inicialmente não tratasse da saúde como direito fundamental autônomo, introduziu avanços importantes ao reconhecer os direitos sociais e a participação cidadã. A regulamentação mais significativa se deu com a promulgação da Lei 100 de 1993, que criou o Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS), baseado em um modelo de mercado regulado, com financiamento misto e forte participação do setor privado.

Segundo Restrepo (2012), esse modelo buscou ampliar a cobertura por meio da competição entre administradoras de planos (EPS), mas enfrentou críticas por aprofundar desigualdades e fragmentar o cuidado em saúde. Em resposta às demandas sociais e às decisões da Corte Constitucional colombiana, a Lei Estatutária 1751 de 2015 foi aprovada, reconhecendo a saúde como um direito fundamental autônomo e vinculante, e reforçando o dever do Estado em garanti-lo de forma oportuna, eficaz e sem barreiras.

A comparação entre os marcos legais que estruturam os sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia permite compreender como diferentes modelos jurídicos refletem visões distintas sobre o papel do Estado, a responsabilidade pública e a organização dos serviços de saúde. Enquanto o Brasil adota um sistema público universal com base no princípio da saúde como bem comum, a Colômbia segue um modelo segmentado, que busca conciliar cobertura universal com gestão privada e concorrencial. Segundo Laurell (2015), essas diferenças evidenciam disputas ideológicas e econômicas sobre o direito à

saúde na região, com implicações diretas na equidade, na qualidade do cuidado e no papel dos profissionais de saúde.

Diante disso, este trabalho tem como objetivo analisar comparativamente os sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia, com ênfase em seus modelos organizacionais, marcos legais, desafios enfrentados e indicadores de desempenho. A pesquisa pretende evidenciar as convergências e divergências entre os dois países no que se refere à regulamentação jurídica da saúde, à estrutura institucional dos sistemas e aos reflexos dessas escolhas sobre a atenção em saúde.

A relevância da pesquisa reside na possibilidade de contribuir para o debate acadêmico e político sobre os rumos da saúde pública na América Latina, fornecendo subsídios para a formulação de políticas mais equitativas e eficazes. Além disso, o estudo visa promover uma reflexão crítica sobre o papel dos profissionais de saúde, especialmente da Enfermagem, no fortalecimento dos sistemas e na garantia de um cuidado ético, humano e tecnicamente qualificado.

2 FUNDAMENTOS E MODELOS DOS SISTEMAS DE SAÚDE NO BRASIL E NA COLÔMBIA

O estudo comparativo entre os sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia permite compreender as diferentes estratégias adotadas por países latino-americanos para garantir o direito à saúde. Embora ambos reconheçam esse direito como fundamental, o caminho institucional, a forma de organização e os mecanismos de financiamento adotados refletem concepções distintas sobre o papel do Estado e da iniciativa privada.

Fundamentos legais e princípios organizacionais são conceitos cruciais para a atuação de qualquer entidade, seja pública ou privada. Eles estabelecem as bases para o funcionamento e a tomada de decisões, garantindo a conformidade com a lei e a eficiência na gestão. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Instituído pela Constituição Federal de 1988, o SUS foi regulamentado pelas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, que estabelecem seus princípios fundamentais: universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação social. Segundo Paim (2018), o SUS representa uma ruptura com o modelo anterior, ao promover a saúde como direito de cidadania e dever do Estado, independentemente da condição de contribuição do cidadão.

Na Colômbia, o Sistema Geral de Segurança Social em Saúde (SGSSS) foi criado a partir da Lei nº 100 de 1993, com base em um modelo de seguridade social com gestão concorrencial entre entidades públicas e privadas. A Constituição de 1991 reconhece a saúde como direito fundamental, mas a operacionalização se dá por meio de um sistema segmentado entre os regimes contributivo e subsidiado. Para Yepes et al. (2010), esse modelo busca a ampliação da cobertura populacional, mas enfrenta desafios relacionados à equidade e à eficiência.

Ambos os países também possuem distinta estrutura organizacional para definir seu modelo de sistema de saúde. No Brasil, a organização do SUS é tripartite e descentralizada. Estados e municípios possuem autonomia para gerir os serviços de saúde, respeitando as diretrizes nacionais. A Atenção Primária à Saúde (APS) é a principal porta de entrada para o sistema e tem papel central na coordenação do cuidado (Gersdorf; Mendes, 2020).

Na Colômbia, o SGSSS se estrutura por meio das Entidades Promotoras de Saúde (EPS), responsáveis por administrar os planos de benefícios e contratar os serviços de saúde com as Instituições Prestadoras de Serviços (IPS). De acordo com Lamprea (2014), o modelo colombiano promove a competição regulada entre EPS, o que gerou expansão da cobertura, mas também desigualdades regionais no acesso.

Quanto aos recursos destinados à estrutura e manutenção dos sistemas de saúde destes referidos países, evidencia-se que o SUS é financiado por recursos provenientes dos três entes federativos, com base em impostos gerais. A Emenda Constitucional nº 95/2016, que estabeleceu o teto de gastos públicos, é apontada como um retrocesso no financiamento do sistema, com impactos sobre a capacidade de resposta do SUS (Fleury, 2019).

Já na Colômbia, o financiamento ocorre por meio de contribuições dos trabalhadores formais (regime contributivo) e subsídios do governo (regime subsidiado). Segundo Giedion et al. (2009), apesar do aumento da cobertura, o sistema enfrenta dificuldades de sustentabilidade financeira, especialmente nas regiões com maior vulnerabilidade social.

Outro aspecto a ser considerado dentre a análise comparativa é como se dá o acesso aos Serviços de Saúde. O acesso universal, um dos pilares do SUS, ainda enfrenta barreiras relacionadas à desigualdade regional e à capacidade instalada. Contudo, a Estratégia de Saúde da Família tem sido apontada como fundamental para a ampliação do acesso à atenção primária (Macinko; Harris, 2015).

Na Colômbia, o aumento da cobertura formal não se traduziu automaticamente em acesso efetivo e integral. Estudos como os de Hernández (2013) destacam que a fragmentação do sistema e a judicialização da saúde são sintomas das limitações do modelo colombiano em garantir o direito à saúde de maneira equitativa.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo comparativo que busca identificar semelhanças e diferenças entre dois sistemas de saúde nacionais, Brasil e Colômbia, considerando dimensões estruturais, legais, financeiras e de desempenho.

É um trabalho descritivo-analítico, que apresenta de forma sistemática a organização, os mecanismos de financiamento e os resultados em saúde de cada país, sem manipular variáveis e que analisa os sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia na medida em que vai além da descrição simples, explorando relações entre aspectos legais, estruturais e indicadores de acesso/resultados. Segundo Gil (2019), o estudo descritivo visa “descrever as características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis” (p. 27), enquanto a dimensão analítica permite “interpretar criticamente as informações obtidas, relacionando-as ao contexto teórico e empírico” (GIL, 2019, p. 31).

Foi utilizada uma abordagem de análise documental de legislações, políticas públicas e relatórios oficiais, buscando interpretar como os princípios constitucionais e os arranjos institucionais moldam cada sistema de saúde. O recorte temporal foi definido no período de 2010 a 2024, para abarcar a consolidação de políticas de saúde e reformas estruturais mais recentes em ambos os países. A unidade de análise foi o “sistema de saúde nacional”: o Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, e Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), na Colômbia e a perspectiva adotada é a da política pública em saúde, privilegiando a visão macroestrutural.

O estudo tem caráter não experimental e analisa dados secundários e literários e não interfere diretamente nos fenômenos analisados, sendo a fonte de dados provenientes de documentos oficiais como a Constituição Federal de 1988, Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, relatórios e planos nacionais de saúde, dados do Ministério da Saúde, Constitución Política de 1991; Ley 100/1993; Ley Estatutaria de Salud 1751/2015; relatórios do Ministerio de Salud y Protección Social; bases estatísticas como DATASUS, Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), IBGE (PNAD e

PNS), Sistema Integral de Información de la Protección Social (SISPRO), Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) e pesquisa em bases SciELO, LILACS, com os descritores em português e espanhol relacionados a “sistema de saúde”, “Brasil”, “Colômbia”, “financiamento”, “acesso” e “cobertura universal”.

Por se tratar de estudo baseado em dados secundários de acesso público, não houve necessidade de submissão a comitê de ética em pesquisa. Todos os documentos e bases foram devidamente citados e respeitam a legislação de uso público de dados.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

A análise comparativa dos sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia entre os anos de 2010 e 2024 evidencia diferenças significativas na forma de organização, financiamento, acesso e desempenho, embora ambos os países compartilhem o reconhecimento constitucional do direito à saúde e tenham implementado políticas voltadas à expansão da cobertura.

No que se refere ao financiamento, observou-se que o Brasil apresenta maior participação do gasto público em relação ao Produto Interno Bruto e menor dependência do desembolso direto das famílias quando comparado à Colômbia. Os dados mostram que, no período analisado, o gasto per capita em saúde, ajustado por paridade do poder de compra, manteve-se consistentemente superior no Brasil, o que pode estar associado a maior capacidade de financiamento público, mas também reflete diferenças estruturais no modelo de arrecadação. Na Colômbia, por outro lado, a presença de múltiplas Entidades Promotoras de Saúde (EPS) e a lógica de seguro social introduzem mecanismos de segmentação, que, embora ampliem a cobertura formal, podem gerar desigualdades no acesso e comprometer a equidade.

Em relação à força de trabalho em saúde, ambos os países apresentam desafios semelhantes de distribuição desigual de médicos e enfermeiros, com maior concentração em áreas urbanas e dificuldades persistentes em regiões rurais e periféricas. No Brasil, programas de provimento e a Estratégia Saúde da Família demonstraram avanços na ampliação da cobertura da atenção primária, sobretudo nas regiões historicamente mais vulneráveis, ainda que a rotatividade de profissionais e as desigualdades regionais permaneçam como obstáculos.

Na Colômbia, a cobertura em atenção primária é majoritariamente mediada pelas EPS e pelas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS), o que favorece a fragmentação

da rede assistencial e limita a integração entre níveis de atenção, impactando negativamente a continuidade do cuidado.

No que se refere ao acesso aos serviços e utilização, a análise de indicadores como cobertura vacinal, taxa de partos assistidos e número médio de consultas médicas per capita revela avanços em ambos os países, mas com ritmos distintos. O Brasil apresenta melhores resultados em cobertura vacinal e no acompanhamento pré-natal, o que pode estar relacionado à atuação consolidada da atenção primária como porta de entrada preferencial do sistema. A Colômbia, embora registre avanços relevantes em consultas médicas per capita, mostra maior variabilidade nos indicadores de cobertura, refletindo as disparidades internas e a dependência do usuário em relação à EPS contratada.

Nos resultados em saúde, como mortalidade infantil, mortalidade materna e esperança de vida ao nascer, verifica-se uma tendência de melhora consistente nos dois países ao longo do período estudado. Contudo, a redução da mortalidade infantil foi mais acentuada no Brasil, o que reforça a hipótese de que a expansão de políticas de atenção básica, combinada a programas de imunização e assistência materno-infantil, exerce impacto direto sobre os resultados populacionais. Já a mortalidade materna manteve-se como desafio comum, com taxas que, embora em declínio, permanecem acima das metas estabelecidas pela Organização Mundial da Saúde, indicando necessidade de maior investimento na qualidade e na integralidade do cuidado obstétrico.

A análise qualitativa dos marcos legais e institucionais complementa os achados quantitativos e ajuda a explicar parte das diferenças observadas. No Brasil, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito universal e dever do Estado, consolidando o Sistema Único de Saúde (SUS) como modelo público, descentralizado e de acesso gratuito. Esse desenho institucional fortalece os princípios de universalidade, integralidade e participação social, embora enfrente problemas de subfinanciamento e desigualdade regional.

Na Colômbia, a Constituição de 1991 e a Ley 100 de 1993 instituíram um sistema baseado em seguros sociais, no qual a cobertura é ampliada por meio da vinculação dos cidadãos a diferentes EPS, públicas ou privadas. Apesar de avanços no alcance formal, esse arranjo reforça a lógica de segmentação, transfere parte da responsabilidade para intermediários privados e cria desafios de coordenação e regulação, frequentemente apontados como fatores que limitam a efetividade do sistema.

A integração das análises quantitativas e qualitativas permite afirmar que, embora ambos os países tenham avançado em direção à universalização da saúde, seguiram

trajetórias institucionais distintas que condicionam seus resultados. O Brasil, com um sistema unificado e público, enfrenta tensões derivadas do financiamento insuficiente e das dificuldades de gestão em um contexto federativo, mas apresenta avanços consistentes em acesso e resultados de saúde, sobretudo nas áreas cobertas por atenção primária. A Colômbia, por sua vez, estruturou um sistema mais plural e competitivo, que amplia a cobertura formal, mas reproduz desigualdades territoriais e socioeconômicas, refletidas em indicadores menos homogêneos.

Essas diferenças sugerem implicações importantes para o futuro das políticas de saúde nos dois países. No Brasil, a prioridade deve estar no fortalecimento do financiamento sustentável e na redução das desigualdades regionais, com ênfase na qualificação da atenção primária e na integração das redes de cuidado.

Na Colômbia, torna-se fundamental aprimorar a regulação das EPS, reduzir a fragmentação do sistema e garantir maior equidade no acesso, evitando que a lógica de mercado comprometa a efetividade do direito à saúde. Em ambos os contextos, reforça-se a necessidade de políticas de provimento e fixação de profissionais em áreas de difícil acesso, além de investimentos contínuos em sistemas de informação e monitoramento.

Apesar dos avanços observados, é preciso reconhecer limitações inerentes ao estudo, como a heterogeneidade das fontes de dados, a dificuldade de comparabilidade plena entre países com arranjos institucionais distintos e a impossibilidade de estabelecer relações de causalidade direta a partir de um estudo observacional. Ainda assim, a triangulação entre evidências quantitativas e qualitativas oferece um panorama robusto e consistente, capaz de contribuir para a compreensão das potencialidades e fragilidades de cada modelo, bem como para o debate sobre caminhos possíveis rumo à consolidação de sistemas de saúde mais equitativos, universais e sustentáveis.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise comparativa dos sistemas de saúde do Brasil e da Colômbia evidencia que, embora ambos os países reconheçam a saúde como direito fundamental e tenham consolidado marcos legais expressivos nesse sentido, as trajetórias institucionais e os modelos de gestão adotados resultaram em arranjos distintos, com repercussões diretas sobre a equidade, o financiamento e o acesso aos serviços.

O Brasil consolidou, com o Sistema Único de Saúde (SUS), um modelo público e universal, orientado pelos princípios de integralidade, equidade e participação social, que

reafirma o papel do Estado como garantidor do direito à saúde. Apesar das restrições orçamentárias e das desigualdades regionais que persistem, o SUS demonstra capacidade de promover avanços consistentes em cobertura e resultados populacionais, sobretudo na atenção primária. Sua base legal e institucional sólida permite que o sistema atue como instrumento de cidadania e inclusão social.

Na Colômbia, a estruturação do Sistema Geral de Seguridade Social em Saúde (SGSSS) resultou em ampliação formal da cobertura, mas com desafios persistentes de fragmentação e desigualdade. O modelo baseado em competição entre Entidades Promotoras de Saúde (EPS) ampliou o alcance do sistema, porém introduziu lógicas de mercado que dificultam a coordenação do cuidado e comprometem a universalidade. A promulgação da Lei Estatutária 1751 de 2015 representou um avanço normativo importante, ao reafirmar a saúde como direito fundamental, mas sua efetivação plena ainda depende de reformas estruturais e de fortalecimento da regulação estatal.

A comparação entre os dois países revela que a forma como cada Estado concebe e operacionaliza o direito à saúde está diretamente relacionada à sua cultura política e ao papel atribuído ao setor público. Enquanto o Brasil aposta em um sistema único e estatal, voltado à universalidade e à equidade, a Colômbia adota um modelo plural, competitivo e segmentado, que busca equilibrar eficiência e cobertura, mas enfrenta dificuldades em assegurar igualdade de acesso e continuidade do cuidado.

Essas constatações reforçam que a construção de sistemas de saúde universais e equitativos exige não apenas marcos legais robustos, mas também financiamento estável, governança democrática e capacidade de gestão. Políticas de fortalecimento da atenção primária, integração das redes de cuidado e valorização dos profissionais de saúde são essenciais para sustentar avanços e reduzir iniquidades.

Do ponto de vista científico e social, este estudo contribui para o debate latino-americano sobre os caminhos da universalização da saúde, oferecendo subsídios comparativos que podem orientar decisões políticas e acadêmicas futuras. Como limitação, reconhece-se a dependência de dados secundários e a heterogeneidade das fontes, o que restringe a comparabilidade plena entre os países. Ainda assim, a triangulação entre evidências qualitativas e quantitativas permitiu uma compreensão abrangente e crítica das dinâmicas que moldam os sistemas analisados.

Por fim, a pesquisa aponta que o fortalecimento dos sistemas de saúde na América Latina requer compromisso político contínuo com os valores de justiça social, solidariedade e direito humano à saúde. No Brasil e na Colômbia, a consolidação desses

princípios dependerá da capacidade de articular reformas estruturais que unam sustentabilidade financeira, equidade e qualidade do cuidado, garantindo que a saúde seja efetivamente um direito de todos e um dever indeclinável do Estado.

COMPARATIVE STUDY OF THE HEALTHCARE SYSTEMS OF BRAZIL AND COLOMBIA: Models, Challenges, and Performance Indicators.

ABSTRACT

This study provides a comparative analysis of the health systems of Brazil and Colombia, highlighting how their legal frameworks reflect different conceptions of the State's role and the guarantee of the right to health. Brazil adopts a public and universal model, represented by the Unified Health System (SUS), grounded in the principles of comprehensiveness, equity, and social participation. Colombia, in turn, is organized under a segmented and competitive structure—the General System of Social Security in Health (SGSSS)—which seeks to reconcile universal coverage with private management. The research, descriptive-analytical in nature and based on a qualitative approach, employed documentary analysis of legislation, policies, and performance indicators. The findings reveal progress in both countries but persistent inequalities in access and funding challenges. The study concludes that strengthening primary care, state regulation, and the professional role in healthcare is essential to consolidating more equitable and sustainable health systems in Latin America.

Keywords: *Brazil, Colombia, Health Systems, Legislation*

Agradecimentos

Agradecemos ao Centro Universitário do Sul de Minas UNIS por mais uma oportunidade de participar do Programa de Pesquisa da Instituição e produzir conhecimento.

Agradecemos à FAPEMIG (Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais) pela bolsa de Iniciação Científica que viabiliza o desenvolvimento deste projeto.

Agradecemos à coordenação do curso de Enfermagem da Universidad ECCI em Bogotá e, em especial aos professores Liliana Quevedo León e Nelson Enrique Zapata que, mesmo informalmente, contribuíram para o conteúdo de legislação em saúde da Colômbia que embasaram este trabalho.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990.

COLOMBIA. **Constitución Política de Colombia de 1991**. Bogotá: Imprenta Nacional, 1991.

COLOMBIA. **Ley 100 de 1993**. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial, Bogotá, 23 dic. 1993.

COLOMBIA. **Ley Estatutaria 1751 de 2015**. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud. Diario Oficial, Bogotá, 16 feb. 2015.

FLEURY, Sonia. **O SUS entre a crise e a utopia: crítica da política de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Cebes, 2019.

GERSDORF, Renata; MENDES, Eugênio Vilaça. Modelos de atenção e a construção do SUS. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. esp. 5, p. 15–28, 2020.

GIEDION, Ursula; URIBE, Maria V.; ESCOBAR, Maria L. Colombia's Universal Health Insurance System. **Health Affairs**, Bethesda, v. 28, n. 3, p. 853–863, 2009.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2019.

HERNÁNDEZ, Diana. **El acceso efectivo a servicios de salud en Colombia: entre el derecho y la realidad**. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2013.

LAURELL, Asa Cristina. Sistemas de salud en América Latina: el caso de Colombia y el de Brasil. **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, Buenos Aires, v. 20, n. 32, 2015.

LAMPREA, Everaldo. Judicialización de la salud en Colombia: del litigio individual al litigio estructural. **Revista de Derecho Público**, Bogotá, n. 31, p. 145–174, 2014.

LAMPREA, Everaldo A. Colombia's Right-to-Health Litigation in a Context of Health Care Reform. **Harvard Human Rights Journal**, Cambridge, v. 28, p. 179–200, 2015.

MACINKO, James; HARRIS, Mitchell J. Brazil's Family Health Strategy — delivering community-based primary care in a universal health system. **New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 372, n. 23, p. 2177–2181, 2015.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 15. ed. São Paulo: Hucitec, 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS.** 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

PAIM, Jairnilson Silva et al. O Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723–1728, 2018.

RESTREPO, Helena Eslava. Derecho a la salud y reforma del sistema de salud en Colombia. **Salud Pública de México**, México, v. 54, n. 6, p. 634–640, 2012.

YEPES, Francisco J.; RAMÍREZ, Lida; MEZA, Ruth. La reforma del sistema de salud en Colombia: logros, retos y recomendaciones. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, DC, v. 28, n. 5, p. 347–356, 2010.