

La atención oncológica del SUS en red y la burocracia

SUS oncology care network and bureaucracy

Sergio Paulo C. SOUZA¹

Alessandra B. BARRETO²

Luci F. PINHEIRO³

¹ Instituto Nacional de Câncer, Brasil. Email: sergiopaulo@id.uff

² Marinha do Brasil, Brasil. Email: alessandrabessimo@id.uff.br

³ Universidade Federal Fluminense, Brasil. Email: lucifariapinheiro@gmail.com

RESUMEN

Problematizamos la relación entre la burocracia y la organización de la atención oncológica, según la estrategia de red de atención sanitaria brasileña adoptada por el Sistema Único de Salud (SUS). El estudio busca contribuir a subsanar esta deficiencia. La hipótesis es que la atención oncológica en el SUS debe establecerse como una red con racionalidad burocrática. El estudio se basó en el análisis documental, principalmente de leyes, ordenanzas del Ministerio de Salud y documentos del Instituto Nacional del Cáncer.

Palabras clave: administración pública, sistema único de salud, red de atención de salud, oncología, burocracia.

ABSTRACT

The text problematizes the little-discussed relationship between bureaucracy and the organization of oncology care, according to the Brazilian healthcare network strategy adopted by the Unified Health System (SUS). The study aims to help fill this gap. The hypothesis is that oncology care in the SUS is established as a network with bureaucratic rationality. The study was based on documentary analysis, primarily of laws, Ministry of Health ordinances, and documents from the National Cancer Institute.

Keywords: public administration, unified health system, health care network, oncology, bureaucracy.

Recibido: 06/06/2026

Aprobado: 10/07/2026

Publicado: 30/07/2026

1. INTRODUCCIÓN

La salud pública es una de las políticas sociales contempladas en la Seguridad Social, uno de los logros de la transición democrática brasileña, establecida en la Constitución Federal de 1988. Sin embargo, la política social no es lineal; se entrelaza con diversos procesos e intereses en la organización política e histórica del país, según Pereira (2008). Por lo tanto, si bien se han observado avances en la salud pública en relación con el período anterior a la Constitución vigente, como su desvinculación del ámbito laboral y su universalización, hemos presenciado retrocesos derivados de la ofensiva neoliberal, como la financiarización de las políticas sociales, en la sociedad capitalista brasileña tras la Asamblea Constituyente.

Además de ser afectado por las intenciones y estrategias del Estado neoliberal, el Sistema Único de Salud (SUS) se ve afectado por las repercusiones de medidas adoptadas por gobiernos conservadores, como el desmantelamiento, la selectividad y la difusión de planes de “salud privada popular” y asociaciones público-privadas, revelando lo que Paim (2018) cree que representa la mayor amenaza a la consolidación del SUS: la determinación económica.

1.1. Objetivos de la investigación

En este estudio nos proponemos abordar la red de atención oncológica y cómo esta organización en red interactúa con la burocracia, un tema poco abordado en los debates sobre redes de salud en Brasil. Existen diversas perspectivas para la burocracia: a) el sentido común, que destaca ciertas disfunciones evidentes en las instituciones públicas y las fallas de la burocracia aplicada a los servicios, lo que implica una falta de eficacia y eficiencia en la implementación de políticas públicas; b) el cuerpo profesional o grupo de trabajadores del sector público o privado; c) los enfoques técnico-académicos, de los cuales el de Max Weber es quizás el más importante. Nuestro estudio se centra en dilucidar los aspectos presentes en la adopción de la categoría burocrática por parte del Estado y su impacto en las redes, en particular en la atención oncológica.

Así, entendemos la red de atención oncológica, inserta en el sistema nacional de salud brasileño, como una construcción apoyada en la racionalidad burocrática, para disponer de servicios y acciones públicas y privadas organizadas dentro del sistema capitalista.

El tema de la oncología es urgente, dado que el cáncer es el principal problema de salud pública a nivel mundial y se encuentra entre las cuatro principales causas de muerte prematura en la mayoría de los países, según el Instituto Nacional del Cáncer (INCA) (INCA, 2022). Es la segunda causa principal de muerte en Brasil, y estas tasas están en constante aumento debido al aumento de la esperanza de vida, el crecimiento poblacional y los factores de riesgo. Se estima que habrá 708.000 nuevos casos de cáncer al año en Brasil durante el trienio 2023-2025 (INCA, 2022).

La hipótesis rectora de este trabajo es la organización de la red de atención oncológica como estrategia burocrática del Estado capitalista brasileño, con su producción y reproducción de capital. El objetivo general es comprender la organización de la red brasileña de atención oncológica desde la perspectiva de la burocracia estatal.

Este trabajo se deriva de una investigación presentada en la 48ª Reunión de la Asociación Nacional de Estudios de Postgrado en Administración (EnANPAD 2024), con el título “La red de atención oncológica y la burocracia” (Souza, Barreto & Pinheiro, 2024).

Tras esta breve introducción, la obra cuenta con cuatro secciones: un apartado dedicado a la metodología; El cáncer en cuestión; Redes: Organización más allá de la política sanitaria; y Red de atención oncológica. En la segunda sección, nos propusimos definir el cáncer, presentar sus estimaciones para cada año del trienio 2023-2025 y demostrar la relación entre los factores de riesgo y los aspectos sociales, centrándonos en los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad. En la tercera, pretendemos abordar las redes como soluciones previas a la política sanitaria y explorar conceptos, en particular la burocracia, que permean la lógica de la organización en red para reflexionar sobre el tema. Finalmente, abordamos la atención oncológica en el contexto de la Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer (PNPCC) (Ordenanza n.º 874, 2013; Ley n.º 14.758, 2023) y la Red de Atención a la Salud para Personas con Enfermedades Crónicas dentro del SUS (Sistema Único de Salud), con base en la comprensión de la construcción de las Redes de Atención a la Salud (RAS) en el Estado de Río de Janeiro.

2. METODOLOGÍA

El trabajo se basó en el análisis documental: leyes, ordenanzas del Ministerio de Salud (MS) y documentos del Instituto Nacional del Cáncer (INCA), además de una revisión bibliográfica sobre oncología y la Red de Atención en Salud, así como sobre burocracia, hegemonía y democracia. Estos dos últimos temas se abordaron con base en autores que abordan la política social desde una perspectiva progresista, principalmente Souza Filho (2013) y Duriguetto (2007), quienes son fuentes de los conceptos weberianos y gramscianos utilizados.

3. RESULTADOS

3.1. El cáncer en cuestión

El cáncer, también llamado neoplasia o tumor maligno, es una enfermedad crónica con características malignas debido al crecimiento anormal de células que pueden invadir tejidos y órganos adyacentes o propagarse a otras regiones del cuerpo. Este término genérico abarca más de 100 tipos de clasificaciones (INCA, 2013, p. 18).

La prevención y el control del cáncer en nuestro país –con dimensiones continentales y fuertes diferencias regionales y que alberga una población con comportamientos, creencias y actitudes muy diversas– representa actualmente uno de los mayores desafíos para la salud pública (INCA, 2022).

En países en desarrollo como Brasil, se observa una disminución en los cánceres asociados a infecciones, como las causadas por el Virus del Papiloma Humano (VPH), según informa el instituto. Con al menos doce tipos de VPH considerados oncogénicos, los tipos 16 y 18 están presentes en el 70 % de los casos de cáncer de cuello uterino. También están presentes los asociados con los virus de la hepatitis B y C, causantes del cáncer de hígado, y el *Helicobacter pylori*, un factor de riesgo para el cáncer de estómago. Por otro lado, existe un aumento de cánceres asociados con hábitos como el sedentarismo, el tabaquismo y el consumo de alcohol, relacionados con la urbanización (INCA, 2006).

El cáncer es una enfermedad causada por múltiples factores, incluyendo comorbilidades como cardiopatías, diabetes e hipertensión. Estos factores también agravan las afecciones de quienes ya padecen la enfermedad y pueden provocar complicaciones quirúrgicas, un peor pronóstico y resistencia a fármacos (como la quimioterapia) en personas hipertensas (Machado y Godoy, 2017). Por lo tanto, enfatizamos la necesidad de intensificar la atención a esta población a través de la red de atención médica del SUS, principalmente a través de la Atención Primaria de Salud (APS).

A pesar de la reducción de los cánceres asociados a infecciones, es necesario comprender mejor la prevalencia y la progresión de las infecciones por VPH en la adolescencia, dada la asociación del virus con la aparición de lesiones intraepiteliales cervicales en este grupo de edad y el riesgo de progresión a carcinoma (cáncer) en algunos órganos, como el cuello uterino (Löwy, 2015). Este cáncer tiene implicaciones sociales y de género, en las que no profundizaremos en esta discusión, pero consideramos importante entender que es prevenible y se puede diagnosticar temprano. Por lo tanto, aunque no estén disponibles para toda la población brasileña, la vacuna contra el VPH, la educación sexual y el cribado preventivo (citología vaginal) son aliados en la prevención del cáncer de cuello uterino, siempre que haya promoción y acceso a los servicios de salud pública.

Como mencionamos, el cáncer es un desafío de salud pública que requiere diversas políticas, acciones y estrategias: el uso de redes se da en este contexto. Sin embargo, antes de analizar la red dedicada al cáncer en Brasil, es fundamental considerarla desde una perspectiva más amplia y relacionarla con la burocracia y, en consecuencia, con el Estado capitalista. Lo haremos en la siguiente sección.

3.2. Redes: organización más allá de las políticas sanitarias

Las soluciones en red, o simplemente redes, no son una innovación impulsada por la salud pública. Desde una perspectiva industrial, podemos considerarlas una evolución o superación del modelo taylorista-fordista. Cuando las líneas de producción dejaron de garantizar la rentabilidad, la estrategia consistió en buscar una mayor eficiencia mediante la reducción de costos. Se necesitaban nuevas vías para expandir la producción a nivel mundial, gracias a los avances en las tecnologías de transporte y comunicación. Por otro lado, constituyen una estrategia de ventas global, basada en pequeñas unidades, como McDonald's, bancos y otras organizaciones similares. En cuanto a los servicios públicos brasileños, son casi un requisito del pacto constitucional, que, en el orden democrático, lógicamente exigía universalización y equidad, lo cual se refiere no solo a la salud, sino a toda la gama de derechos sociales recién adquiridos.

La capilarización, orientada a la universalización y equidad en la prestación de servicios públicos, está estrechamente vinculada a las redes.

Para esta discusión, la hegemonía es un concepto central. Sin embargo, no se trata solo de hegemonía aislada y singular. Este enfoque de las redes implica la superposición de varias hegemonías: en lo que respecta a la representación de la sociedad, el Estado es hegemónico; con respecto a la administración estatal, la burocracia es hegemónica; en cuanto al mercado, esta importante esfera de las relaciones humanas, donde se producen intercambios esenciales dada la imposibilidad concreta de producir todo lo que necesitamos (en una escala ascendente), el capitalismo es hegemónico. De igual manera, las redes son actualmente hegemónicas, extendiéndose a través de múltiples dimensiones de la sociedad, llegando a la atención y los servicios de salud, en particular a la salud pública brasileña, y más específicamente al tratamiento del cáncer, el foco de nuestra atención en este artículo. El logro de nuestro objetivo depende de estos conceptos: redes, hegemonía, burocracia y democracia.

Por hegemonía, retomamos la comprensión de Gramsci, basada en Duriguetto y Souza Filho (2021), considerándola como una influencia en la dirección y la formación del consenso ideológico de una clase determinada en el poder sobre la sociedad y sus grupos. Esta influencia opera en las múltiples esferas de la organización de la sociedad civil, desde la económica y política hasta la ideológica y cultural, y su operacionalización puede ser percibida por el Estado, aliado estratégico en las mediaciones determinadas por la clase dominante.

En cuanto a la democracia, Norberto Bobbio nos dice que

“Desde el principio de los tiempos, la democracia ha significado el gobierno de todos, o de la mayoría, en contraposición al gobierno de uno solo, de unos pocos o de una minoría. En la historia del pensamiento político, lo que ha cambiado con respecto al concepto de democracia no es lo que yo llamo su uso descriptivo, sino más bien su uso prescriptivo; es decir, el juicio de valor que es positivo para algunos y negativo para otros.” (Bobbio, 2001, p. 79)

Más allá del valor atribuido a la noción general de democracia —que consideramos positiva—, Coutinho (1979) utiliza un marco gramsciano para explicarla como un proceso vinculado a espacios de lucha colectiva, guiado por la construcción de un nuevo proyecto social, opuesto al capitalista. En otras palabras, una forma de organización política y social que busca la participación popular y la emancipación de los individuos. En su análisis, el autor también enfatiza la importancia de una democracia económica, en la que se reducirían las desigualdades sociales y económicas, permitiendo una distribución más justa de los recursos y las oportunidades. Además, la lucha por la democracia debe estar conectada con la lucha por la justicia social y la igualdad de derechos.

En cuanto a la burocracia, en el sentido común brasileño, el término se relaciona con una combinación compleja y negativa de obstáculos al buen funcionamiento de los procesos administrativos, normas infundadas, redundancia, rigidez, estancamiento y otros elementos similares. Generalmente asociada a los asuntos públicos, suele concebirse, en el sentido común, como la búsqueda deliberada de ventajas dudosas. Esto da lugar a referencias peyorativas en términos derivados: “burocratización” y “burocratizar” son ejemplos; por lo tanto, las ideas desburocratizadoras son virtuosas. Esta visión popular, que, en nuestra opinión, reemplaza la cosa con sus vicios, dista mucho de su conceptualización técnico-académica, especialmente la sistematizada por Max Weber, que apunta a lo contrario, en cuanto a la eficiencia, y a un lugar imperceptible para el sentido común: la dominación.

Aceptamos el concepto weberiano de burocracia, basado en la lección de Souza Filho (2013): el modo de administración derivado de la dominación racional-legal (entendida como la posibilidad de obtener obediencia). Sus características de formalidad, protocolo, registro y la exigencia de normas escritas, imparcialidad, constancia y mérito para el ingreso y la promoción dentro de los rangos profesionales —cuyas trayectorias profesionales deben estar claramente reguladas— la hacen idónea para la expansión y gestión de la producción en masa derivada y posterior a la Revolución Industrial, operada por fábricas a gran escala y corporaciones capitalistas. Más aún, se alinea con la lógica del pensamiento económico liberal ortodoxo, en particular la idea de la competencia perfecta. Ciertamente, la burocracia y el pensamiento liberal tienen orígenes históricos diferentes; la primera es mucho más temprana, pero encaja bien con el segundo, que sin duda la perfecciona.

Por otro lado, la burocracia fue adoptada por el Estado moderno, y se fusionaron entre sí, hasta el punto de que este último se describe como burocrático: la referencia al Estado burocrático tiene perfecto sentido. En el caso brasileño, hubo un giro abrupto hacia la burocracia weberiana, inaugurada con fuerza por Vargas durante su dictadura en la década de 1930 (Nunes, 2010). La creación del DASP en 1938 es

un hito. No fue una acción aislada; la idea del Padre de los Pobres era modernizar el país y el Estado brasileño mediante el fomento de la industrialización, superando su gestión patrimonialista previamente incuestionable. El patrimonialismo proviene del modelo tradicional de dominación —un tipo ideal de dominación según Weber— en el que no hay una distinción clara entre lo público y lo privado. El tercer tipo de dominación es el carismático, en el que la obediencia al amo —el líder carismático, un ser dotado de carisma— se basa en características muy personales, talentos exclusivos de este último. El aislamiento de los tipos ideales de dominación es una propuesta metodológica de Weber; en realidad, no existe aislamiento; Vargas es un buen ejemplo de ello: incorpora características de los tres tipos, que surgieron con distinta intensidad y en distintos momentos de sus gobiernos.

La burocracia pública, para mejor calificarla, y el propio Estado, más específicamente el Estado de bienestar, promotor de la ciudadanía inducida por sus políticas públicas, fueron señalados por los neoliberales como responsables o causantes de la reducción de la rentabilidad —motor de la crisis— tras los 30 años dorados que siguieron al fin de la Segunda Guerra Mundial (Duriguetto, 2007).

Conviene hacer una breve digresión. Pereira (2009) amplía la comprensión de la perspectiva ciudadana, desde la cual se consideran las políticas públicas y los derechos que de ellas se derivan. El autor parte del concepto de que las políticas públicas se relacionan con la ciudadanía en el sentido de que se identifican con los derechos sociales, sin descuidar los derechos individuales/civiles. Además de proporcionar bienes materiales, como acciones y servicios, se preocupan por la realización efectiva de la autonomía, la información, el desarrollo intelectual y la participación ciudadana en los asuntos públicos, en lo que respecta a la salud: en el proceso de salud y enfermedad y en los espacios de toma de decisiones.

Retrocedamos. Se trata de un argumento hegemónico e ideológico llamado la crisis del Estado; un engaño que pretende negar la verdadera crisis: la del capitalismo, que, debido a sus contradicciones inherentes, vivirá en crisis y las promoverá. Ahora bien, con la crisis del capitalismo oculta, la corrección implicó necesariamente reducir la interferencia y el papel del Estado, de hecho, del propio Estado, incluso en aquellos, como Brasil, donde no se percibieron los costos, y mucho menos los beneficios completos, del estado de bienestar. De hecho, la crisis fue más intensa para países como Brasil, social y económicamente menos desarrollados, que, al ser prestatarios del capital internacional que circulaba por el mundo —los mismos que predicaron la crisis, enseñaron y determinaron la panacea—, se vieron obligados a seguir la receta, so pena de que se les negara el crédito.

La salida de la crisis es bien conocida (Pereira, 1998): menos Estado (debe regular en lugar de ejecutar en la búsqueda de eficiencia y austeridad, la creación de agencias reguladoras es el pináculo de este aspecto en Brasil), menos burocracia (privatización, descentralización y desconcentración de responsabilidades), adopción del modelo de gestión de entidades con fines de lucro (impuesto como superior al público, sin ninguna crítica a la ética del lucro que implica competencia, en lugar de colaboración y solidaridad), consideración de la existencia de espacios públicos no estatales, cuya implicación directa son las entidades del llamado tercer sector, como las organizaciones sociales y las organizaciones de la sociedad civil de interés público.

Esta es la síntesis del modelo brasileño adoptado por la Reforma Administrativa de la década de 1990 (Pereira, 1998), que, debido a las fuerzas políticas y las contradicciones internas, no siguió estrictamente la receta neoliberal para superar la crisis establecida por el Consenso de Washington. De hecho, los derechos de ciudadanía establecidos en la Constitución Ciudadana contradecían el clima político global del momento: se abogaba firmemente por una reducción del tamaño del Estado; el disfrute de estos derechos requería un Estado más grande. En cuanto al enfoque administrativo, que impacta directamente a los cuerpos profesionales del servicio público, el modelo se denominó Nueva Gestión Pública (NGP) o Administración Pública Gerencial (APG), términos que para nosotros son sinónimos.

Sin embargo, estos rasgos del movimiento neoliberal reformista arraigados en el NGP no constituyen, para Souza Filho (2013), un modelo de administración posburocrático; seguiría siendo una burocracia weberiana. En estos datos máximos Con el debido respeto, se nos permite discrepar con nuestra referencia: las libertades o la flexibilidad, el fomento de la innovación, la promoción del control social, la necesidad de transparencia, el desempoderamiento de los servidores públicos —elementos del NGP, entre otros— lo distinguen de la burocracia weberiana. La persistencia de sus características en el modelo más reciente excede una nueva cualidad; es, de hecho, un nuevo modelo, aunque derive predominantemente del mismo tipo de dominación. Las características superpuestas de los modelos son características de la realidad; antes del NGP, el patrimonialismo y la burocracia estaban intrínsecamente vinculados en Brasil; los vicios del primero —que puede calificarse de modelo degenerado y, por lo tanto, que debe

combatirse— permean al segundo, que ha visto reforzados sus propios vicios. Lo mismo ocurre hoy tras la inauguración del NGP en Brasil: tres modelos coexisten, formando un campo de tensiones que Souza (2018) denominó el modelo tripolar de tensiones. Souza Filho (2013), al prescindir del NGP, o mejor dicho, incorporarlo a la burocracia, reconoce las tensiones, pero las resume en el eje burocracia-patrimonialismo, mencionando la "bifrontalidad" (Souza Filho, 2013, p. 81).

El patrimonialismo merece especial atención porque puede manifestarse en cualquier nivel de la escala administrativa, independientemente de la esfera del federalismo brasileño. Es un mal arraigado en el Estado que asume nuevas formas sin perder sus características más tradicionales. Es fácil ver cuando el jefe de gobierno quiere nombrar/nombra a un incompetente en relación con el cargo público, o incluso en el nombramiento de cualquier incompetente para satisfacer el ego del jefe. Sin embargo, también puede ser patrimonial, por ejemplo, en la selección de pacientes a nivel de cargo público, lo que puede ocultar una amplia gama de preferencias y prejuicios. Por lo tanto, el director de una unidad de salud, el médico, el trabajador social, entre muchos otros, pueden tener actitudes patrimoniales en su nivel de actividad, que es el nivel de calle; los profesionales en calidad de servidores públicos serían entonces burócratas de nivel de calle, según la definición del liberal Lipsky (2019). Cuando un servidor público (burócrata de calle) y un ciudadano-usuario se encuentran en la ejecución de una política pública determinada, la organización donde se produce este encuentro es la burocracia de calle. Las redes pueden verse desde esta perspectiva.

Entendemos que para corregir problemas patrimoniales como los descritos anteriormente, con el objetivo de desbloquear el acceso, se implementaron sistemas de regulación sanitaria, actualmente guiados por la Política Nacional de Regulación del Sistema Único de Salud (SUS) (Ordenanza n.º 1.559, 2008). Existen tres dimensiones de la regulación: regulación de los sistemas de salud, regulación de la atención médica y regulación del acceso a la atención —regulación del acceso o regulación de la atención— que, en nuestra opinión, actúa más directamente contra el patrimonialismo porque tiene como objeto la organización, el control, la gestión y la priorización del acceso y los flujos de atención dentro del SUS, y como sujetos de su competencia a sus respectivos gestores públicos, establecidos por el complejo regulador y sus unidades operativas. Esta dimensión abarca la regulación médica, ejerciendo la autoridad sanitaria para garantizar el acceso con base en protocolos, clasificación de riesgo y otros criterios de priorización. (Ordenanza n.º 1.559, 2008, art. 2)

El término "regulación" no debe interpretarse aquí como un instrumento de gestión, típico del NGP. Más bien, se trata de un instrumento burocrático típico (Souza, 2018), un instrumento racional-legal clásico: desempodera a los gerentes y otros profesionales a la hora de determinar el acceso —es decir, quién debe ocupar una cama o no— y transfiere el poder al sistema, que puede estar informatizado o no, pero cuya principal característica es la definición de protocolos que deben seguirse para la ocupación de camas hospitalarias y las vacantes; este es su aspecto puramente burocrático. Esto impacta directamente a la red oncológica, como veremos en la siguiente sección.

Factores como la ineficiencia del sistema de salud pública y la pérdida de autonomía pueden obstaculizar la gestión de las redes de atención, reduciendo su capacidad para resolver problemas, promover el cambio y alcanzar objetivos. Para evitarlo, es fundamental fortalecer la estructura organizativa del sistema, garantizando la disponibilidad de recursos adecuados y promoviendo la autonomía y la participación activa de todos los actores. Las redes públicas (salud, educación, seguridad, etc.) son una solución adecuada para la PNC, pero no se librarán de ello, ya que están inmersas en problemas administrativos, burocráticos y tensiones relacionadas con los activos.

Como argumenta Souza Filho (2013), existen elementos en la burocracia weberiana que pueden fomentar la democracia y satisfacer las necesidades de las clases subalternas. Si bien muchas afirmaciones importantes sostienen que la burocracia es siempre antidemocrática y un obstáculo para la emancipación humana, la de Paulo Freire es un excelente ejemplo (Freire, 2019, 2021a, 2021b). La postura de Paulo Freire trasciende la cuestión de la dominación, analizada por el propio Weber (Souza Filho, 2013), y coincide con la crítica de Duriguetto (2007) a la concepción weberiana de la democracia, supuestamente vacía de contenido, reducida a la elección de líderes. Freire (2019) refina el ataque, refiriéndose, por ejemplo, a la mentalidad burocratizada, las actitudes burocratizadas y la «burocratización de la mentalidad» (Freire, 2019, p. 111). Por lo tanto, no ve ninguna ventaja en ello —en la burocracia—, incluso cuando afirma, con respecto a la educación pública, la necesidad de elementos típicamente burocráticos, como un plan salarial y de puestos bien estructurado para los docentes de las escuelas públicas. Sería ofensivo, en su opinión, clasificar a los docentes como burócratas, incluso con el añadido de "nivel de calle", como lo hizo el liberal Lipsky (2019), lo cual nos parece perfectamente lógico. Por lo tanto, mantenemos la conclusión de Souza Filho (2013): en el orden liberal, el Estado y su aparato

administrativo —es decir, la burocracia, dada su instrumentalidad— pueden ser democráticos dependiendo de su liderazgo.

Y no hay contradicción en traer al educador Paulo Freire al debate actual: él es un demócrata en cuerpo, alma y espíritu; además, Souza Filho (2013) parte, en su análisis de la burocracia, de Vitor Paro, que es un educador muy alineado con el pensamiento de Paulo Freire: nos parece que no sería ofensivo llamarlo freireano.

De hecho, en cuanto a la salud pública, una política hermana de la educación pública, el educador señaló que «[...] una familia recuperó fragmentos de un pecho amputado de los desechos hospitalarios para preparar su almuerzo dominical» (Freire, 2019, p. 72-73); esto en Olinda, en la década de 1990, un hecho que, en sí mismo, expone las dificultades acumuladas en la salud pública en Brasil, consistentes con la desigualdad social típica del orden capitalista dependiente, como es nuestro caso. La familia a la que se refiere el promotor de la educación brasileña probablemente solo contaría con el Sistema Único de Salud (SUS) y sus herramientas, las redes, como una opción de salud hoy en día.

En la siguiente sección, cuando abordamos la red de atención oncológica, se exponen las complejidades burocráticas – a partir del ambicioso diseño de políticas centradas en la eficacia y eficiencia de la atención – y estructurales, que, en la particularidad del Estado de Río de Janeiro, donde hay un considerable aparato público de salud, no se han mostrado eficaces de acuerdo con los parámetros temporales y de participación del servicio público.

3.3. La Red de Atención Oncológica

Apoyada por el PNPC (Ordenanza nº 1.559, 2013; Ley nº 874, 2023) y la Red de Atención a la Salud de Personas con Enfermedades Crónicas en el Sistema Único de Salud (Ordenanza nº 483, 2014), la red de atención oncológica es una estructura organizada que tiene como objetivo brindar asistencia integral y calificada a los usuarios, desde la prevención y el diagnóstico hasta el tratamiento y los cuidados paliativos.

El PNPC surgió en 2013 a partir de la nueva reglamentación del SUS, que estableció la necesidad de crear líneas de atención, visando la articulación de los niveles de atención a la salud, buscando la integralidad de la atención con las Redes de Atención a la Salud (RAS) (Ordenanza nº 4.279, 2010), que ofrece apoyo a la Red de Atención a la Salud de las Personas con Enfermedades Crónicas en el SUS.

En los sistemas de salud de todo el mundo, existe una desconexión entre la situación sanitaria de los territorios y las respuestas a las necesidades de la población. Mendes (2010) atribuye este desajuste demográfico/epidemiológico y organizativo a la fragmentación de la atención sanitaria y a la falta de capacidad de adaptación. En la actualidad, las enfermedades crónicas están en aumento, mientras que las enfermedades agudas están en declive, lo que revela una tendencia epidemiológica que debería resultar en sistemas y respuestas focalizadas, lo que, según el autor, no se está dando en los países. La idea de las redes de salud, por lo tanto, surge de la fragmentación que afecta a los sistemas.

En Brasil, las RAS (Regiones Sanitarias) se crearon en 2010 como una estrategia para la atención integral dirigida a las necesidades de salud de la población. El objetivo es superar la fragmentación en la prestación y gestión de servicios dentro de las Regiones Sanitarias, mejorando así el funcionamiento del sistema público de salud brasileño. Garantizar la atención mediante la construcción de redes de atención en salud en espacios de resolución de problemas está condicionado por la cooperación coordinada entre las tres esferas de gobierno (Menicucci y Marques, 2016). Por lo tanto, la red busca asegurar que los usuarios reciban, de manera eficaz y eficiente, el conjunto de acciones y servicios necesarios para su atención.

El RAS busca promover la integración sistémica de las acciones y servicios de salud, brindando atención continua, integral, de alta calidad, responsable y humana, así como mejorando el desempeño del sistema de salud en términos de acceso, equidad, efectividad clínica y sanitaria, y eficiencia económica. Se caracteriza por el establecimiento de relaciones horizontales entre los puntos de atención y el centro de comunicación de la Atención Primaria de Salud (APS), un enfoque central en las necesidades de salud de la población, la rendición de cuentas por la atención continua e integral, la atención multidisciplinaria y objetivos y compromisos compartidos con los resultados sanitarios y económicos.

Las RAS son organizaciones poliárquicas, compuestas por estructuras organizativas para acciones y servicios de salud, cuyo objetivo es garantizar una atención integral mediante sistemas de apoyo técnico, logístico y de gestión (Mendes, 2010). Por lo tanto, para que exista una organización, deben identificar

la población y el territorio bajo su responsabilidad, definir los parámetros espaciales y temporales que aseguren una buena distribución territorial de las estructuras, garantizando el tiempo y la respuesta necesarios para la atención, una proporción equilibrada entre estructura, población y territorio, y una viabilidad operativa sostenible.

El PNPCC (2013) define los términos para cada componente, estableciendo las competencias y responsabilidades de las estructuras operativas, destacando la importancia de la coordinación entre ellas, destacando, en el componente de Atención Primaria, su papel como coordinador de la atención a los usuarios con cáncer, incluso después de la referencia a otros puntos del RAS.

Con base en la organización del sistema de salud en redes de atención, la Ordenanza n.º 140/2014 redefinió los criterios y parámetros para la organización, planificación, supervisión, control y evaluación de los centros de salud acreditados para la atención oncológica especializada. Esta ordenanza también establece las responsabilidades de cada nivel de gestión del SUS en relación con el apoyo a los centros de oncología de alta complejidad (CACON) y las unidades de oncología de alta complejidad (UNACON). De acuerdo con esta ordenanza, los municipios desempeñan responsabilidades coordinadas con los estados para la organización de los centros de salud acreditados para la oncología.

Vale la pena revisar brevemente la atención médica en Brasil, que históricamente se desarrolló bajo el paradigma de los servicios individuales y biológicos. En el siglo XVIII, la atención médica se basó en la filantropía y la práctica liberal. En el siglo XIX, hubo iniciativas como la vigilancia de la práctica profesional y la implementación de acciones limitadas de salud pública. Mientras tanto, a principios del siglo XX, hubo intervención estatal en la atención médica, marcando el surgimiento del modelo de campaña - sanitaria, según Bravo (2008). Este modelo buscó mejorar la salud pública a través de campañas y acciones específicas para combatir enfermedades, como la erradicación de epidemias. Sin embargo, actualmente, vemos avances y retrocesos en la atención médica en el país, resultado de los enfrentamientos entre los proyectos de privatización y la reforma de salud.

El proyecto hegemónico de privatización, tradicionalmente caracterizado por la transferencia de políticas a entidades no estatales, ha actualizado y organizado el sector según nuevos modelos de gestión. Este movimiento se ha denominado externalización, sin mayor reflexión; sin embargo, es una distorsión empobrecida de la externalización como técnica administrativa, según el pensamiento liberal smithiano, que se basa en el reconocimiento de la existencia de especialistas del mercado, una condición que permitiría la ejecución de proyectos a menores costos. La externalización practicada en la salud pública brasileña, y también en otras políticas sociales, no está lejos de ser transversal; cuando reduce costos, lo hace precarizando los servicios y a los trabajadores, un proceso que Souza (2024) denominó meificación.

Los cambios en el panorama político implican el desmantelamiento de las políticas sociales, lo que resulta en la financiarización de estas políticas y la financiación estatal de la atención médica complementaria. Esto se produce principalmente mediante exenciones fiscales y la no devolución de los reembolsos del SUS, lo que permite que la financiación del sector privado siga recibiendo apoyo estatal.

En las últimas décadas, la influencia del sector financiero ha cobrado mayor relevancia en la economía y en la sociedad capitalista en general. Esto se traduce en la creciente relevancia de las actividades financieras como medio para obtener beneficios, especialmente con la salida a bolsa de empresas y la venta de sus acciones en la bolsa. Este mayor énfasis en la búsqueda de beneficios y la especulación financiera puede tener consecuencias significativas para el sector sanitario, ya que la priorización de los intereses económicos a menudo puede invalidar la idea de un sistema de salud integral, accesible y de calidad para la población. La situación política y económica, por lo tanto, refleja la complejidad de los desafíos que enfrenta la política sanitaria, donde se enfrentan diferentes intereses y lógicas de acumulación de capital, lo que influye en la prestación, financiación y organización de los servicios. Más adelante, abordaremos brevemente un aspecto de la participación privada en la sanidad pública.

Por lo tanto, las redes forman parte de las herramientas técnicas disponibles y utilizadas para abordar problemas de salud pública, que en Brasil están rodeados de complejidades. Para ilustrarlo, tomamos datos relacionados con las políticas oncológicas en el estado de Río de Janeiro, una localidad con una alta concentración de recursos públicos, como recursos y tecnologías sanitarias. La incidencia de cáncer prevista para la población de Río de Janeiro es de 72.380 nuevos casos al año en el trienio 2023-2025 (INCA, 2022).

Jomar et al. (2023) estudiaron el tiempo necesario para iniciar el tratamiento del cáncer de mama en el estado de Río de Janeiro. Este tiempo es una variable explicativa importante para la calidad de vida y la

supervivencia de los pacientes con cáncer. Por lo tanto, en 2012 se promulgó la Ley de los 60 días (Ley n.º 12.732 de 2012), que exige que los pacientes diagnosticados con cáncer reciban su primer tratamiento dentro de este plazo. Los autores encontraron incumplimiento de esta Ley desde su promulgación en mayo de 2013 hasta 2019. Entre los factores explicativos se encuentran la raza/color y la edad del paciente, y la unidad administrativa (hospital) donde se proporciona el tratamiento. También creen que la combinación de dos sistemas regulatorios, en este caso el Sisreg y el SER, es otro factor que contribuye al retraso.

Una pregunta que surge es: ¿por qué dos sistemas regulatorios? Bueno, el Sisreg surgió primero, y el SER, a partir de 2013, en el caso del tratamiento del cáncer; ambos se rigen por la Política Nacional del Sistema Nacional de Regulación de la Salud (PNR), como se mencionó anteriormente. El Sisreg es operado por las secretarías de salud municipales; por lo tanto, surge un obstáculo burocrático para el acceso a los centros de salud en diferentes municipios. Esto es particularmente importante en la Región Metropolitana de Río de Janeiro, debido a la concentración del aparato de salud pública en la capital del estado, que, bajo la gestión municipal, favorece considerablemente a sus residentes sobre los de otros municipios. El SER busca corregir esto integrando la gestión estatal, que tendría mayor capacidad para desempoderar a los actores locales en favor de la equidad, ampliando el alcance del sistema de salud y racionalizando las redes limitadas.

Río de Janeiro es el estado con la mayor participación federal en la administración directa de la salud: existen tres institutos federales, incluido el INCA, y seis hospitales. Las entidades federales también desempeñan un papel importante en la administración indirecta de la salud. Esto es un legado de la época en que Río de Janeiro era el Distrito Federal; tras el fin de esta condición, parte de la estructura técnico-burocrática de la salud pública permaneció en el Ministerio de Salud (los institutos federales y los hospitales son agencias), mientras que otra parte se distribuyó entre la capital del estado y el estado de Río de Janeiro. Este movimiento no se limitó a la salud pública. Incluso dentro de esta estructura, observamos una intensa participación del sector privado entre 2008 y 2023.

La figura 1 presenta información sobre la provisión de quimioterapia por el SUS en el estado de Río de Janeiro, según datos de la Autorización de Procedimientos de Alta Complejidad (APAC), instrumento de registro definido para este procedimiento, así como el número de pacientes atendidos, la relación del total de APAC por paciente y la provisión de procedimientos por el sector privado, por mes, de enero de 2008 a julio de 2024.

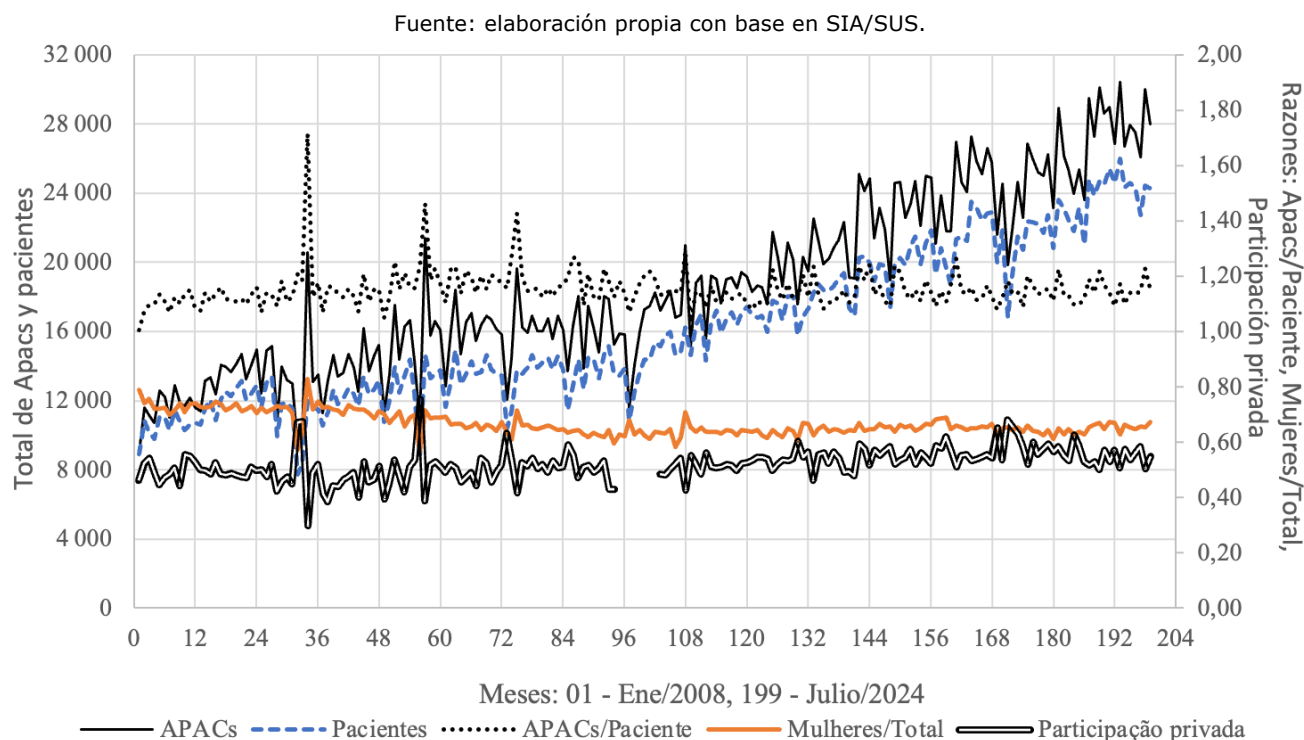


Figura 1. Serie temporal de APACs totales de quimioterapia, número de pacientes sometidos a quimioterapia según registro por APAC, relación entre APACs totales y Número de pacientes y participación del sector

privado en la prestación de quimioterapia por el SUS, en el Estado de Río de Janeiro, por mes, de enero de 2008 a julio de 2024.

El control del cáncer ha requerido la expansión de la oferta pública de quimioterapia en este estado, la cual en los últimos quince años se ha expandido más del triple: midiendo por los APACs mensuales de quimioterapia presentados en el Estado, en enero de 2008, se contaban 8,953 Apacs para 8,913 pacientes, en julio de 2024, 28,013 Apacs para 24,271 usuarios, un incremento de aproximadamente 3.13 en el número de Apacs, y 2.72 en el número de pacientes.

La Constitución Federal preveía la posibilidad de la atención médica privada, que alcanzó los 50,5 millones de usuarios en diciembre de 2022 (ANS, 2023) y la participación «[...] de forma complementaria al Sistema Único de Salud» (Constitución de 1988, art. 199, §1). Sin embargo, la Figura 1 revela la participación en la prestación de servicios dentro del SUS: hasta 2015, alrededor del 50% y, desde mediados de 2016, una tendencia creciente, acercándose al 60% en 2024. En cuanto a la prestación de quimioterapia, es evidente que el SUS complementa al sector privado, lo que supone una inversión del orden constitucional en este aspecto.

El estudio de Jomar et al. (2023) y los datos anteriores, que naturalmente no reflejan toda la realidad del tratamiento del cáncer en el estado de Río de Janeiro, mucho menos en Brasil, pero sirven como base para hipótesis, indican que la intrincada burocracia (diversas políticas, redes y sistemas superpuestos; hemos esbozado algunos aquí) con respecto a la atención médica no ha cumplido su función: mejorar la calidad de vida de la población. De hecho, ¿cómo serán efectivas las medidas políticas técnicamente bien diseñadas, como el PNR, el PNPCC, el RAS, el SER y muchas otras, si se diseñan en oficinas, lejos de la población, como presenta Duriguetto (2007) en su visión de la burocracia? Estas son soluciones burocráticas o gerenciales para corregir problemas patrimoniales y burocráticos. No se abordan cuestiones más profundas como la desigualdad social: la ideología se construye alrededor de sistemas y políticas; el problema sería meramente burocrático y, por lo tanto, corregible o ajustable desde las oficinas, cuanto más alejadas de los ciudadanos, mejor. Éstas son soluciones antidemocráticas.

Existen varios peligros. Uno de ellos es la suposición cínica, entre quienes se oponen a unos servicios públicos bien prestados, de que así son las cosas, que no hay solución y que sería mejor eliminar el SUS (Sistema Único de Salud) por completo, por ejemplo, mediante la externalización. En la Figura 1, observamos la creciente tendencia a la participación privada en la prestación de servicios, típica del componente de alta complejidad del SUS en Río de Janeiro. Actualmente, cerca del 60% de los usuarios tenía acceso a quimioterapia privada a través del SUS. ¿Tiene sentido para ellos la estructura pública, especialmente con tanta campaña negativa? Al fin y al cabo, son los sistemas públicos, Sisreg y SER, los que no logran reducir las listas de espera: esto se informa a diario en la prensa. Y el cáncer es irracional; no respeta las filas de espera ni espera la judicialización. ¿Qué ocurre con los ciudadanos pobres y sus familias con un diagnóstico de cáncer, que puede ser una sentencia de muerte?

4. CONCLUSIONES

Parece imposible resolver el problema de salud, en particular los oncológicos, sin la participación ciudadana. Como hemos visto, las redes, la ley de 60 días y los mecanismos regulatorios no han sido eficaces para brindar atención oportuna a la población de Río de Janeiro, incluso con toda la infraestructura pública para la atención de alta complejidad en el estado, como lo demuestran Jomar et al. (2023). El aumento silencioso de la participación del sector privado en esta área de la salud pública y la personalización de los planes de salud para atender a las clases medias —uno de los factores responsables de alcanzar los 50,5 millones de usuarios para finales de 2022—, que se financian indirectamente con recursos públicos, a través de devoluciones del impuesto sobre la renta que podrían aplicarse al SUS, presagian la derrota del SUS en el futuro y la victoria de los intereses privados. Claro que, si no se hace nada para corregir el problema.

Los consejos municipales de salud serían idealmente espacios privilegiados para la participación ciudadana, posicionados como sujetos. Esto, por un lado, satisfaría el control social desde la perspectiva del PNG, de acuerdo con los preceptos de la Reforma Administrativa de la década de 1990, y, por otro, promovería la posibilidad de una expresión más cercana a la noción de socialdemocracia. Esto requeriría una mayor influencia política entre la ciudadanía, que tal vez podría lograrse a través de representantes de las asociaciones vecinales. Sin embargo, en Río de Janeiro, cuyos datos se analizaron aquí, aproximadamente el 70% de la población vive en la Región Metropolitana, gran parte de la cual reside en favelas y zonas a veces dominadas por milicias, a veces por el narcotráfico —esos actores con

capacidad de elegir, ser elegidos e influir en los políticos—; los informes sobre esta relación espuria son frecuentes. En este escenario, ¿cómo debemos actuar? Se trata de un neocoronelismo urbano, en el que el nuevo coronel ya no es un señor weberiano tradicional, sino una figura que dificulta aún más el cuestionamiento de su posición en los consejos o sus relaciones políticas. En este contexto, otros actores estarán más protegidos, como los sindicatos profesionales, con la posibilidad de expresarse tanto presencialmente como a distancia en los consejos. Otros actores cruciales son los burócratas del Sistema Único de Salud (SUS).

El poder democrático y sanitario del Sistema Único de Salud (SUS) se ha visto debilitado, agravado por el golpe de Estado de 2016 y la posterior administración neonazi-fascista, que promovió la desorganización institucional y la disolución de la influencia sanitaria del SUS al ocupar la plaza con personal militar sin la cualificación necesaria. En este contexto, observamos una erosión de los espacios de deliberación pública, la desregulación de la intervención estatal y el desconocimiento de la dinámica de funcionamiento de los espacios de participación social. Por lo tanto, el autoritarismo ha contribuido a la reducción de la influencia sanitaria del SUS, vaciando los espacios de participación política en un escenario marcado por el retroceso de los derechos sociales y los ataques a los derechos humanos.

Para la clase trabajadora, la desaparición del Sistema Único de Salud (SUS) equivaldrá a ir en contra de los derechos sociales básicos que han adquirido con tanto esfuerzo durante décadas, pero beneficiará a las clases dominantes. Es importante señalar a la clase trabajadora, quizás incluso en voz alta: no existe un interés común entre las clases con respecto al SUS. De hecho, como nos recuerda Souza Filho (2013), siguiendo el ejemplo de Marx, la sociedad de clases no tiene un interés común. El fin del SUS, tramado en secreto y que ya resuena por todas partes, garantizará el lucro y el enriquecimiento de la minoría que solo necesita el SUS para enriquecerse, concentrar más poder y volverse más dominante.

Podemos afirmar, sin temor a juicios de valor ni sesgos normativos, que reconocer las deficiencias del SUS y actuar para corregirlas, en lugar de condenarlo con la fatalista lógica neoliberal, es el papel de quienes defienden la democracia y la expansión de los derechos de las clases populares. Formamos parte de este grupo y, como trabajadores del SUS, somos sujetos implicados (Martins Filho y Narvai, 2013), y producimos conocimiento en esta capacidad, sin ningún conflicto de intereses.

La participación ciudadana es un factor relevante; se fortalece en el contexto de las redes y la NGP, donde se fomenta el control social, una contradicción de la que el neoliberalismo no puede escapar. La clave del esquema es la obediencia (dominación), que puede sonar inquietante, pero la idea o tipo racional-legal weberiano presupone la obediencia a las reglas; por lo tanto, la burocracia será democrática o no en función de la definición de qué reglas obedecer. Esto sugiere mucho idealismo, pero se sitúa en un campo de tensiones que intentan repeler la participación ciudadana. Los neoliberales, al igual que los liberales ortodoxos, argumentan que sus reglas son fatales, ya que derivan de leyes económicas, inalcanzables para las masas; las corrientes progresistas, por el contrario, sostienen que las reglas deben negociarse dialécticamente. Las redes de salud pública, por burocráticas que sean, están inmersas en este contexto.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, destacamos la falta de mención de la cobertura de atención primaria en Brasil y en el estado de Río de Janeiro, y su evolución a lo largo del tiempo. Además, no mencionamos la atención de mediana complejidad, que incluye, por ejemplo, las biopsias, esenciales para una respuesta positiva al tratamiento del cáncer. El RAS debe ser fluido desde el nivel primario hasta el terciario, donde la efectividad de la atención de mediana complejidad es crucial. En futuros estudios, pretendemos abordar esto examinando los aspectos burocráticos de esta relación y su coste. Asimismo, pretendemos abordar los tipos de cáncer más comunes, así como otros abordajes clásicos: cirugía oncológica y radioterapia. Esto requiere la consideración de otro instrumento de registro no abordado aquí: la autorización de ingreso hospitalario (AIH). El trasplante de médula ósea también merece atención porque tiene una lógica y políticas específicas, incluida la cobertura internacional. Por lo tanto, tenemos una interesante agenda de investigación por desarrollar.

Uso de Inteligencia Artificial (IA)

Usamos inteligencia artificial para corregir la escritura en español. El texto resultante refleja a la perfección nuestro pensamiento.

REFERENCIAS

- Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS). (2023), Números del sector. [https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-fecha-2022-com-50-5-milhoes-de-beneficiarios-em-planos-de-sistenciamedica#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20levantamento,n%C3%BAmero%20desde%20dezembro%20de%202014.>](https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/numeros-do-setor/setor-fecha-2022-com-50-5-milhoes-de-beneficiarios-em-planos-de-sistenciamedica#:~:text=De%20acordo%20com%20o%20levantamento,n%C3%BAmero%20desde%20dezembro%20de%202014.>,), consultado el 23/07/2023.
- Bobbio, N. (2020). ¿Qué socialismo? Discusión de una alternativa. Traducido por Iza de Salles Freaza . 4ª edición, Río de Janeiro, Paz e Terra.
- Constitución de la República Federativa del Brasil, 5 de octubre de 1988. (1988). Brasília, DF https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm
- Ley n.º 8.080, de 19 de septiembre de 1990. Establece las condiciones para la promoción, protección y recuperación de la salud, la organización y el funcionamiento de los servicios correspondientes, y dicta otras disposiciones. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm
- Ley n.º 12.732, de 22 de noviembre de 2012. (2012). Establece el primer tratamiento de un paciente con neoplasia maligna comprobada y un plazo para su inicio. Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/l12732.htm
- Ley n.º 14.758, de 19 de diciembre de 2023. (2023). Instituye la Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer en el ámbito del Sistema Único de Salud (SUS) y el Programa Nacional de Atención a Personas con Diagnóstico de Cáncer... Brasília, DF. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/lei/l14758.htm
- Ordenanza n.º 1.559, de 1 de agosto de 2008. (2008). Instituye la Política Nacional de Regulación del Sistema Único de Salud (SUS). Brasília, DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html
- Ordenanza n.º 4.279, de 30 de diciembre de 2010. (2010). Establece directrices para la organización de la Red de Atención en Salud del Sistema Único de Salud. Consejo Nacional de Salud. Brasília, DF. https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf
- Ordenanza n.º 874 del 16 de mayo de 2013. (2013). Establece la Política Nacional de Prevención y Control del Cáncer en la Red de Atención a Personas con Enfermedades Crónicas del Sistema Único de Salud. Brasília, DF. <https://www.Inca.gov.br/publicacoes/legislacao/portaria-874-16-maio-2013>
- Ordenanza n.º 483 del 1 de abril de 2014. (2014) Redefine la Red de Atención a la Salud para Personas con Enfermedades Crónicas en el Sistema Único de Salud (SUS) y establece directrices para la organización de sus líneas de atención. Biblioteca Virtual en Salud. Brasília, DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html
- Ordenanza n.º 140 del 1 de abril de 2014. (2014). Redefine los criterios y parámetros para la organización, planificación, seguimiento, control y evaluación de los establecimientos de salud capacitados para la atención oncológica especializada... Brasília, DF. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2014/prt0140_27_02_2014.html
- Bravo, MS (2008). Política de Salud en Brasil, en AE MOTA et al (orgs). Servicio Social y Salud: Formación y Trabajo Profesional. 3.ª edición, São Paulo, Cortez.
- Coutinho, CN (1979). La democracia como valor universal. Encuentros con la Civilización Brasileña, 9: 33-47.
- Durigueto, ML (2007). Sociedad civil y democracia: un debate necesario. São Paulo, Cortez.
- Durigueto, M. L & Souza Filho, RS (2021). Democratización, política económica y política social: determinaciones fundamentales para el debate sobre los espacios concejales , en ML DURIGUETTO; FS de PAIVA, El trabajo profesional de la psicología y el trabajo social en la política de asistencia social: cuestiones, tensiones y perspectivas, Juiz de Fora, Editora UFJF.
- Freire, P. (2019). Pedagogía de la autonomía. 58.ª edición. Río de Janeiro, Paz y Tierra.
- Freire, P. (2021a). La educación como práctica de la libertad. 50ª edición. São Paulo, Paz y Tierra.
- Freire, P. (2021b). Pedagogía del Oprimido. 78.ª edición. Río de Janeiro, Paz y Tierra.
- Instituto Nacional del Cáncer (INCA). (2022). Estimación 2023: incidencia de cáncer en Brasil. Río de Janeiro, INCA. <https://www.Inca.gov.br/sites/ufu.sti.Inca.local/files//media/document//estimativa-2023.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer (INCA). (2013). Glosario temático: control del cáncer. Brasília, Ministerio de Salud. <https://www.Inca.gov.br/sites/ufu.sti.Inca.local/files//media/document//glossario-tematicocontrole-de-cancer.pdf>
- Instituto Nacional del Cáncer (INCA). (2006), La situación del cáncer en Brasil. Río de Janeiro. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/situacao_cancer_brasil.pdf

- Jomar, RT y cols. (2023). Factores asociados con el tiempo transcurrido hasta el primer tratamiento del cáncer de mama. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28, 7:2155–2164.
- Lipsky, M. (2019). Burocracia de calle: dilemas del individuo en los servicios públicos. Brasília, Enap.
- Löwy, I. (2015). El género del cáncer. en L. Teixeira (org.), *Cáncer de mama, cáncer de cuello uterino: conocimientos, políticas y prácticas*, Río de Janeiro, Outras Letras.
- Machado, LPM y Godoy, H. (2017). Hipertensión arterial en el tratamiento del cáncer. *Rev. Sociedad Cardiol Estado de São Paulo* 2017; 27, 4:290-3. <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20172704290-3>
- Martins Filho, M. T. y NARVAI, PC (2013). El sujeto implicado y la producción de conocimiento científico. *Salud en Debate*, 37, 99:646–654.
- Mendes, EV (2010). Redes de atención sanitaria. *Ciencia y Salud Pública*, 15, 5:2297-2305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
- Menicucci, T. y MARQUES, AMF (2016). Cooperación y coordinación en la implementación de políticas públicas: el caso de la salud. *Data*, 59, 3:823–865. DOI: 10.1590/00115258201693
- Nunes, EO (2010). *La gramática política de Brasil: clientelismo, corporativismo y aislamiento burocrático*. 4.^a ed. Río de Janeiro, Garamond .
- Paim, JS (2018). Sistema Único de Salud (SUS) a los 30 años. *Ciencia y Salud Pública*, 23, 6:1723–1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>.



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial 4.0 Internacional