

Acceso a la asistencia quirúrgica: retos y perspectivas¹

Maria Fernanda do Prado Tostes²
Eduardo Rocha Covre³
Carlos Alexandre Molena Fernandes⁴

Objetivo: caracterizar el acceso a la asistencia quirúrgica en Brasil. Método: estudio documental, con enfoque cuantitativo, desarrollado a partir de informaciones del banco de datos la Caja Negra de la Salud (Caixa Preta da Saúde, en portugués), de la Asociación Médica Brasileña. Resultados: en el período de un año se constataron 3773 registros relacionados a la asistencia a la salud en Brasil. Hubo 458 (12,3%) registros sobre asistencia quirúrgica. De estos, la mayoría, 339 (74,1%), implicó la falta de acceso a la asistencia quirúrgica, en todas las regiones de Brasil. El principal factor limitante de acceso fue el largo tiempo de espera quirúrgica. Otros limitantes fueron la excesiva espera por una cita con especialistas, por la realización de exámenes y la cancelación de cirugías. Conclusión: el acceso a la asistencia quirúrgica por los usuarios del sistema de salud brasileño no está ampliamente garantizado, lo que refuerza la necesidad de acciones gubernamentales integradas, organización de la red de atención a la salud, gestión de los servicios de salud y recursos humanos para superar los retos planteados al alcance del Acceso Universal a la Salud y a la Cobertura Universal de Salud.

Descriptores: Accesibilidad a los Servicios de Salud; Prestación de Atención de Salud; Cirugía; Cobertura Universal; Enfermería; Integración de Sistemas.

1 Apoyo financiero de la Fundação de Apoio à Universidade Estadual do Paraná, Brasil.

2 Estudiante de doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Profesor Asistente, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, PR, Brasil.

3 Alumno del curso de graduación en Enfermería, Universidade Estadual do Paraná, Paranavaí, PR, Brasil. Becado de la Fundação Araucária, Brasil.

4 PhD, Profesor Doctor, Universidade Estadual de Maringá, Maringá, PR, Brasil.

Introducción

La condición quirúrgica es esencial a la prevención de discapacidades crónicas y mortalidad⁽¹⁻²⁾. Esto porque, muchas veces, es la única solución para evitarlas, en casos de lesiones, accidentes de tránsito, quemaduras, catástrofes, violencia, complicaciones obstétricas, condiciones abdominales y no abdominales de emergencia y otras que puedan afectar, significativamente, la calidad de vida, tales como, cataratas y malformaciones congénitas⁽¹⁾.

La cirugía está en el extremo del espectro del modelo curativo clásico. Así, independientemente de estrategias de prevención exitosas, las condiciones quirúrgicas siempre serán responsables de una parcela significativa de la carga de enfermedad de una población. En particular, en los países en desarrollo, donde el tratamiento conservador no está prontamente disponible, la incidencia de trauma y complicaciones obstétricas son elevadas y con expresiva acumulación de enfermedades quirúrgicas no tratadas⁽¹⁾.

Sin embargo, el acceso y la cobertura de los servicios quirúrgicos esenciales, como parte del derecho humano a la salud, no están ampliamente garantizados⁽²⁻³⁾. En consecuencia, las patologías quirúrgicas se agravan, afectan la condición socioeconómica de la población activa, perjudican la calidad de vida y se vuelven potencialmente letales⁽²⁾.

Además de mejorar la calidad de vida, la calidad de las intervenciones quirúrgicas y de aumentar el acceso a la cirugía, puede ayudar a alcanzar las metas del Milenio de las Naciones Unidas para el 2015. Considerando que, la cirugía impulsa la reducción de la mortalidad infantil (meta 4) y mejora la salud materna (meta 5) por tratamiento de complicaciones obstétricas. Además de eso, la cirugía puede contribuir a reducir el número de personas que viven en situación de pobreza (meta 1), una vez que las condiciones quirúrgicas pueden dejar a las personas fuera del mercado de trabajo⁽⁴⁾.

Así, considerando la importancia de la asistencia quirúrgica global, su impacto en la calidad de vida del paciente, la limitación de acceso y la cobertura por los servicios de salud y el interés en responder a algunos retos emergentes en la enfermería, el presente estudio tuvo como objetivo caracterizar el acceso a la asistencia quirúrgica en Brasil.

Método

Estudio documental, con enfoque cuantitativo, realizado a partir de fuente secundaria de datos, de dominio público, de la base de datos electrónica "Caja Negra de la Salud".

Esta base de datos, creada el 12 de marzo de 2014, es fruto de una iniciativa no gubernamental de la Asociación Médica Brasileña. Es un canal de comunicación electrónica con usuarios de los servicios de salud y tiene como objetivo recibir y compilar, en una base de datos, denuncias/registros acerca de los problemas que afectan la salud pública y privada en Brasil. Voluntariamente, cualquier persona, desde cualquier lugar y en cualquier momento, puede enviar fotos y vídeos, denunciando fallos y relatando las dificultades enfrentadas en la búsqueda por servicios de salud. Las denuncias son dirigidas al Ministerio Público, para la verificación formal de los hechos relatados y, así, contribuir a que el gobierno y los gestores tomen las providencias necesarias⁽⁵⁾.

Se tuvieron en cuenta, como criterio de inclusión, los registros que contenían informaciones acerca de la asistencia quirúrgica en Brasil. Para seleccionarlos, se utilizaron los siguientes descriptores: cirugía, cirujano, centro quirúrgico, operar, operación, preoperatorio, posoperatorio, quirúrgico, anestesia y anestesiista.

La recolección de los datos se llevó a cabo en marzo de 2015. En la base de datos electrónica, a la que se accede por medio de la dirección <http://www.caixapretadasaude.org.br>, se seleccionaron todos los registros de un período de 12 meses (marzo de 2014 a febrero de 2015), de cada municipio brasileño. Tras la lectura de cada registro, se seleccionaron aquellos registros que contenían los descriptores definidos previamente. Para la recolección se utilizó un instrumento estructurado, con las siguientes variables: falta de acceso, tiempo de espera para cirugía, tiempo de espera para consulta con especialista, tiempo de espera para realización de exámenes, cancelación de cirugía y especialidad quirúrgica.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo por medio del *software Statistica* 12.0. Los resultados fueron expresados en promedio y en desvío estándar para las variables cuantitativas y en frecuencia y porcentaje para las variables cualitativas. Se adoptó la prueba chi-cuadrado para verificar las diferencias en las proporciones entre las regiones del país y *Analysis of Variance* (ANOVA) *one-way* para comparación entre valores promedios. Para todas los análisis, se utilizó $p < 0,05$ como nivel de significación.

Con respecto a los aspectos éticos, se utilizaron informaciones de dominio público, presentes en Internet. Así, se obtuvo la autorización de los responsables del banco de datos, por ser los depositarios fieles de las informaciones. Además de eso, se siguieron todos los principios éticos necesarios al análisis y a la divulgación de los datos.

Resultados

Los registros relativos a la asistencia a la salud representaron un total de 3773 (100%) en Brasil. De estos, 458 (12,3%) implicaron asistencia quirúrgica.

Siendo que, la mayoría de los registros quirúrgicos, 339 (74,1%), implicó falta de acceso, en todas las regiones brasileñas, como muestra la Tabla 1.

Tabla 1 - Distribución de los registros relativos a la asistencia a la salud, con respecto a las diversas regiones, Brasil, 2015

Región	Registros F (%)*		
	Asistencia a la salud	Asistencia quirúrgica	Falta de acceso
Centro-Oeste	220 (5,8)	22 (4,8)	18 (5,3)
Nordeste	840 (22,3)	81 (17,7)	64 (18,9)
Norte	156 (4,1)	16 (3,5)	09 (2,7)
Sudeste	2095 (55,5) [†]	267 (58,3) [†]	195 (57,5) [†]
Sur	462 (12,3)	72 (15,7)	53 (15,6)
Brasil	3773 (100)	458 (100)	339 (100)

*F=Frecuencia.

[†]Diferencia significativa con respecto a las demás regiones (chi-cuadrado).

Los demás registros acerca de la asistencia quirúrgica, 119 (25,9%), abarcaron la atención hospitalaria con respecto a la estructura física, como precarias condiciones de las instalaciones hospitalarias y falta de higiene; asistencia prestada, que abarcó la falta de informaciones a los usuarios, la falta de humanización y calidad en la atención y relacionadas a los recursos humanos, incluyendo impericia y negligencia médica y la

desatención de profesionales de la salud con el usuario y con su familia (datos no demostrados). Se constató que el principal limitante del acceso fue el tiempo de espera por atención en distintos puntos de la red de atención a la salud, con predominio de la fila de espera para cirugía, como muestra la Tabla 2. El tiempo de espera por atención quirúrgica, en Brasil, fue de 484,74 ± 191,29 días, con disparidades regionales, según la Tabla 3.

Tabla 2 - Distribución de factores limitantes del acceso, según las regiones, Brasil, 2015

Limitantes de acceso	Región F (%)*				
	Centro-Oeste (n=18)	Nordeste (n=64)	Norte (n=09)	Sudeste (n=195)	Sur (n=53)
Fila de espera para cirugía	15 (83,4)	46 (71,8)	07 (77,8)	134 (68,8)	41 (77,3)
Fila de espera para consulta con especialista	05 (16,6)	01 (1,6)	01 (11,1)	12 (6,1)	09 (17,0)
Fila de espera para exámenes	---	01 (1,6)	---	12 (6,1)	02 (3,8)
Cancelación de cirugía	---	16 (25,0)	01 (11,1)	36 (18,5)	01 (1,9)
Fallo en el proceso de programación de cita [†]	---	---	---	01 (0,5)	---

*F=Frecuencia.

[†]Nombre del usuario ya no constaba en la lista de espera para cirugía.

Tabla 3 - Distribución del tiempo promedio de espera (en días) para atención quirúrgica, según las regiones, Brasil, 2015

Región	Tiempo de espera (promedio ± D.P.)*
Centro-Oeste	332,92 ± 473,23 [†]
Nordeste	354,48 ± 416,58 [†]
Norte	391,25 ± 426,69 [†]
Sudeste	494,06 ± 504,17
Sur	850,97 ± 781,47
Brasil	484,74 ± 191,29

*D.P. = Desvío estándar.

[†]Diferencia significativa con respecto a la región Sur; (ANOVA, p<0,05).

Discusión

La asistencia quirúrgica es imprescindible. Sin embargo, en este estudio, es notable que, según la Caja Negra de la Salud, el nudo crítico de la asistencia quirúrgica consiste, predominantemente, en la falta de acceso del usuario a la cirugía. Para los usuarios, el largo tiempo de espera es el principal limitante de acceso a la asistencia a la salud.

Según la literatura indexada, este es el primer estudio que utiliza las informaciones de la base de datos Caja Negra de la Salud. Esta es una herramienta provocadora y relevante, que da voz a los usuarios del sistema de salud brasileño y tiene potencial para constituir un importante mecanismo de defensoría. Con efecto, se muestra como una herramienta que expone la fragilidad del sistema público de salud en Brasil, ilustrando con tonos dramáticos la dificultad de muchos ciudadanos en hacer con que sus quejas sean mínimamente escuchadas y mucho menos atendidas.

Ante estas constataciones, se considera que la asistencia a la salud en Brasil, muchas veces, está en la contramano de los presupuestos fundamentales de la Cobertura Universal de Salud, en que todas las personas deben tener acceso equitativo a acciones y a servicios de salud integrales y de calidad, según sus necesidades a lo largo de la vida. La Cobertura Universal de Salud debe ser el objetivo principal y orientador de los sistemas de salud y tiene como presupuesto fundamental el derecho de todos al más alto estándar de salud⁽⁶⁾. Además de eso, es un medio poderoso de promoción de la salud, bienestar y desarrollo humano⁽⁷⁾.

Con respecto al número de registros, se observó que la región Sudeste superó, significativamente, las demás regiones. Este mayor potencial de uso de la herramienta en esta región puede ser resultante de la mayor densidad poblacional del país. En contraste, la región Norte, con menor número de registros, presenta la menor densidad poblacional (3,9 personas por km²)⁽⁸⁾. Además de eso, en la posición de acceso a Internet en Brasil, existe acentuada desigualdad entre las regiones. Las regiones con más acceso Centro-Oeste, Sur y Sudeste superan las regiones Norte y Nordeste⁽⁹⁾. Así, esta disparidad puede haber limitado el uso de la herramienta por los ciudadanos brasileños, en especial, en la región Norte.

Se constata que la región Sudeste, como principal usuaria de la herramienta, enfrenta limitaciones al Acceso y a la Cobertura Universal de Salud, similares a las demás regiones, aun con mayor desarrollo socioeconómico y mejores condiciones asistenciales, con respecto al número de lechos, hospitales especializados disponibles y operaciones por habitantes, cuando se comparan con el Norte y con el Nordeste⁽¹⁰⁾.

Con respecto a la falta de acceso quirúrgico, este no es un problema nuevo, sistemas de salud mundiales, independientemente de la situación socioeconómica de los países, manejan ese problema. En Brasil, la fila de espera para cirugías electivas es una realidad, con matices regionales, en cuanto a los procedimientos con mayor o menor fila, se mide en número de pacientes o en tiempo de espera⁽¹¹⁾.

Se constata que, la espera abarca todo el recorrido del usuario por la red de atención a la salud. Puesto que, el usuario, en consecuencia de la presencia de señales y síntomas, accede a la red para la búsqueda de atención **médica** en la atención **básica**. Mediante la constatación de la necesidad, ocurre la derivación al especialista en la atención de ambulatorio. Tras un largo proceso de consulta, investigación, evaluación de especialistas y constatación de la necesidad de tratamiento quirúrgico, el usuario es añadido a una lista de espera por la cirugía, que será realizada en la atención hospitalaria⁽¹¹⁾.

Del mismo modo, un estudio dirigido a la verificación de las barreras para el acceso al tratamiento de la catarata, puso de manifiesto el vacío entre la búsqueda de atención **médica** especializada y la resolución quirúrgica. Los factores que contribuyeron a ello fueron la dificultad en la realización de exámenes preoperatorios, el número de veces que el paciente tuvo que volver al servicio (3,2±1,5), así como, el tiempo de espera entre la primera consulta y la cirugía (3,2±2,6 meses). El valor empleado en la realización de los exámenes preoperatorios varió entre 5 y 170 reales⁽¹²⁾.

En este estudio, se puso de manifiesto un excesivo tiempo de espera, por encima de un año, para atención quirúrgica, en todas las regiones del país. En la región Sur, se constató el tiempo de espera más largo, con diferencia significativa con respecto a las regiones Centro-Oeste, Norte y Nordeste. En contraste, estudios muestran variaciones de 3 a 6 meses en el tiempo de espera, con servicios más accesibles en las regiones Sur y Sudeste^(10,12). Se reconoce que la incorporación de los registros está sujeta al acceso a Internet por parte de los usuarios y de su voluntad. Así, se debe tener cautela en la interpretación de este resultado, ya que datos oficiales, provenientes de los servicios de salud, pueden dimensionar con más exactitud la realidad de la fila de espera para atención, en las regiones del país. A pesar de este limitante, este resultado muestra una realidad cruel y legítima, denunciada por los usuarios drásticamente desasistidos.

Se resalta que, la espera extendida por atención ocurre cuando la demanda es mayor que la capacidad de suministro del sistema público. Muchas veces, la fila refleja la inadecuación de la financiación pública a la salud. Y constituye uno de los principales problemas de sistemas de salud pública, siendo una fuente permanente de insatisfacción política y social⁽¹³⁾.

Alcanzar el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud es una tarea permanente, compleja y desafiante⁽¹⁴⁾. Datos de la Caja Negra de la Salud muestran que, además del predominio de la falta de acceso, en determinadas situaciones, la espera extendida en la lista para la cirugía no garantiza la atención. Eventualmente, el usuario se enfrenta un nuevo obstáculo, la cancelación de la cirugía resultante de la infraestructura inadecuada. Además, cuando los usuarios acceden a la atención hospitalaria, la infraestructura es precaria y la asistencia ofrecida no es de buena calidad.

En Brasil, a pesar de la urgente necesidad de afrontar los retos actuales relativos al alcance del Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, se debe reconocer que, en la salud, un marco de avance fue la reforma sanitaria, que culminó en la creación del Sistema Único de Salud (SUS). Fruto de la lucha de la sociedad brasileña, de la acción política y gubernamental, proporcionó la ampliación significativa del acceso a los cuidados de salud, por medio de la Estrategia Salud de la Familia⁽⁷⁾.

En esta misma dirección, a partir de 2014, los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud/ Organización Pan-Americana de Salud están concentrando esfuerzos en acciones simultáneas e interdependientes en la expansión del acceso equitativo a servicios de salud integrales, de calidad y centrados en las personas y comunidades, a favor de la ampliación del Acceso Universal a la Salud y de la Cobertura Universal de Salud⁽⁶⁾.

Más específicamente acerca de la política de acceso a la cirugía, destacan los trabajos colectivos de cirugías, financiados por el gobierno, mediante destinación de recursos extras. El trabajo colectivo tiene como objetivo atender demandas quirúrgicas reprimidas, por medio de la concentración de esfuerzos de los servicios de salud en realizar un número expresivo de cirugías en poco tiempo⁽¹¹⁾. Sin embargo, lo que debería ser una estrategia de emergencia se convirtió en el *modus operandi* para el acceso, siendo una medida paliativa, onerosa para el sistema y que no garantiza, sosteniblemente, el acceso a la asistencia quirúrgica, una vez que el largo tiempo de espera en la fila para cirugía persiste, con impacto negativo en la salud y en la calidad de vida de los pacientes⁽¹¹⁾.

Con respecto a los aspectos políticos y económicos, limitantes del acceso a la salud en Brasil, se constata que la inversión pública en el sistema de salud permanece, inaceptablemente, por debajo de los niveles deseados y, expresivamente, inferior a los estándares internacionales. Puesto que, el gasto público con salud fue responsable de tan solo el 48% del total de los gastos con la salud, correspondiendo a tan solo el 7,2% del gasto pública total, significativamente menor que el valor global, del 14,3%. El gasto total en salud per

cápita por año es, en promedio, de 427 dólares. A partir de este valor, tan solo 204 dólares fueron invertidos por el gobierno, un valor muy inferior, cuando se compara con un gasto global de 429 dólares per cápita o con la inversión de los países desarrollados, como los Estados Unidos de América (3.076 dólares per cápita) o Europa (1.350 dólares per cápita)⁽³⁾. Esto garantiza un vacío favorable a la oferta de un sistema de salud privado, que sólidamente establecido en una política neoliberal garantiza el acceso a quienes puedan pagar, añadiéndose el hecho de que, al nivel más elevado del poder, se aprovecha de cabildeo y de influencia política para perpetuar un ciclo de abandono del sistema público de salud y favorecimiento de la iniciativa privada. En síntesis, se dice que el Estado desierta su función de proveedor de la salud de los ciudadanos, para entregarlo como consumidor o cliente a los agentes privados.

En lo que respecta a la cirugía, se observan restricciones de inversiones públicas similares a los mencionados, que ratifican la constatación de una práctica gubernamental de subfinanciación pública severa en la salud. De 1995 a 2007, 32.659.513 cirugías no cardíacas fueron analizadas. Hubo un incremento sustancial del 20,42% en el número de procedimientos quirúrgicos. Sin embargo, la epidemiología de las cirugías en Brasil difiere, considerablemente, de los estándares internacionales. Anualmente, se realizan aproximadamente 38 millones de cirugías en los Estados Unidos de América y 7 millones en Europa. En Brasil, se realizaron cerca de 3 millones de cirugías no cardíacas. Además, se verificó que los gastos relativos a los procedimientos son inferiores y la tasa de mortalidad superior a la de los países desarrollados. Así, se concluye que el acceso a las intervenciones quirúrgicas es deficiente y desigual, con insuficiente número de cirugías realizadas y resultados quirúrgicos peores, en comparación a los estándares internacionales⁽³⁾.

Ante esa situación, tan solo un cambio sistémico sería capaz de superar los retos que se imponen al alcance del Acceso Universal a la Salud y a la Cobertura Universal de Salud⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Así, se considera que un enfoque integrado que incluya inagotables esfuerzos conjuntos en los aspectos político y económico, en la organización de la red de atención a la salud, gestión de los servicios de salud y recursos humanos, posibilitará la superación de estos retos, para que la salud y los demás derechos sociales de los ciudadanos brasileños sean ampliamente garantizados.

En el aspecto político, es imperativo que políticas gubernamentales enfrenten los retos relacionados a la complejidad macroestructural, para que puedan superarse los desafíos que se imponen a la salud. Así, para la mejora de la salud, es necesario mejorar la gobernanza, es decir, un mayor grado de responsabilidad del sector público,

menos corrupción y la asunción de que proveer el sistema público de salud es un deber constitucional del Estado^(7,14). Además, considerando la determinación social de la salud, se debe enfrentar la crisis económica, la desigualdad social, mejorar la educación, preservar el medio ambiente y atender las crecientes demandas inherentes al envejecimiento de la población⁽¹⁴⁾. Igualmente importante es la mitigación de la influencia de la industria médica y farmacéutica en el sector de la salud, la cual, muchas veces, es servil a los intereses del mercado, en perjuicio de los intereses de la población, entre otros.

Con respecto a la red de atención a la salud, se debe optimizar la implantación de mecanismos y estrategias de organización e integración de la red asistencial aporta a la promoción de la capacidad de los sistemas de salud en la prestación de cuidados más coordinados, minimizar las barreras de acceso entre niveles asistenciales y ofrecer atención en salud más sincronizada y en tiempo oportuno. Sin embargo, se debe reconocer que uno de los principales obstáculos a la integración de la red de servicios de salud es la larga espera por atención⁽¹⁶⁾.

Con respecto a la organización de la red para asistencia quirúrgica, con vistas a la mejora de acceso y a la cualificación de las prácticas asistenciales, el acceso a los servicios especializados y hospitalarios debe ocurrir, predominantemente, por medio de referencia de la Estrategia Salud de la Familia. Acciones adicionales incluyen el desarrollo de protocolos, para facilitar el acceso a la atención especializada y hospitalaria. Empezar esfuerzos junto a los demás profesionales de la red, para mayor integración, intercambio y continuidad de informaciones entre atención básica y especializada. Definición de medidas de acceso, tales como, reconocer el tiempo de espera para los cuidados primarios, consultas con especialistas, exámenes de diagnóstico y espera para cirugía y, con base en estos indicadores, establecer estrategias para mejorar la gestión de la espera⁽¹⁶⁻¹⁷⁾.

En el ámbito ambulatorial, se recomienda instituir una cuidadosa investigación acerca de las necesidades de los usuarios en situación de espera, a saber: criterios clínicos, como deterioro del estado de salud, evolución de la enfermedad, dolor incapacitante y limitaciones de movilidad; criterios socioeconómicos, referentes a la capacidad para vivir y trabajar de forma independiente, además de los aspectos emocionales. Esto permite al usuario la reevaluación de prioridad mientras espera en la fila y la remisión al equipo de salud de la familia, para seguimiento continuo^(13,17).

Además de eso, fomentar el desarrollo de directrices para la determinación segura y aceptable del período de espera, el desarrollo de herramientas de priorización de la asistencia que consideren las características psicosociales, definición de responsabilidades para

operacionalizar el proceso de priorización, ya sea cirujano, enfermero u otro profesional de la salud⁽¹⁷⁾.

Estrictamente con respecto a gestión de los recursos, las comparaciones muestran que la mayor oferta de lechos, profesionales de la salud y los gastos generales con la salud son estrategias eficaces, a largo plazo, en el manejo de la espera. Así, la capacidad de los servicios de salud puede ser optimizada. Se sugiere el pago por productividad, inversión cuantitativa y cualitativa de los recursos humanos, apoyo a la práctica basada en evidencia y utilización de la capacidad ociosa de centro quirúrgico en los fines de semana, entre otros^(13,17).

Los recursos humanos son considerados uno de los pilares centrales para el Acceso Universal a la Salud y a la Cobertura Universal de Salud⁽¹⁸⁾. Sobre todo la enfermería, debido al potencial ilimitado en la atención integral a las necesidades de la población, en los distintos puntos de la red de atención a la salud. Sin embargo, aún persisten profundos desequilibrios y vacíos en la disponibilidad, distribución, composición, competencia y productividad de los recursos humanos de salud, principalmente en la atención primaria⁽¹⁸⁾.

Así, potenciar el alcance de actuación de la enfermería exige voluntad política para cambios. En especial, en el campo político, es fundamental el desarrollo de políticas de infraestructura que apoyen la profesión de enfermería, incluyendo la regulación, el objetivo de la práctica, la certificación, la graduación, el posgrado, la educación continua y la reforma salarial⁽¹⁵⁾.

En el campo de la actuación profesional, la enfermería, en alianza con las demás profesiones de la salud, debe asumir el compromiso con la salud pública, por medio de la construcción y de la consolidación del SUS. Asumir este compromiso implica superar prácticas asistenciales cartesianas en salud, a favor de la integralidad del cuidado, internalizar las premisas de la política de salud vigentes, incorporarlas en su práctica y actuar en la organización de las redes de asistencia a la salud, con énfasis en la atención básica.

En el campo de la formación, la enfermería debe tener compromiso con la construcción de valores que la estructuren como práctica social, favorecido por medio de perspectivas interpretativas de su historia y abiertos a la realidad actual, considerando la estructura política, económica y social, vigentes en el país, los modelos de asistencia de salud y su cobertura, así como las luchas internas de los trabajadores en el proceso de trabajo y retos futuros⁽¹⁹⁾.

Conclusiones

Según la base de datos Caja Negra de la Salud, la mayoría de los registros acerca de la asistencia quirúrgica implicó la falta de acceso, en todas las regiones de Brasil. El principal limitante de acceso fue el largo tiempo de

espera por cirugía. Así, se constata que, el acceso a la asistencia quirúrgica, por los usuarios del sistema de salud brasileiro, no está ampliamente garantizado. Esto refuerza la necesidad de acciones gubernamentales integradas, organización de la red de atención a la salud, gestión de los servicios de salud y recursos humanos para la superación de los retos impuestos al alcance del Acceso Universal a la Salud y a la Cobertura Universal de Salud.

Por tanto, si se asume la Cobertura Universal de Salud como prioridad gubernamental y de los servicios de salud, se impulsará a la enfermería a ampliar su protagonismo en la construcción de un sistema de salud pública universal, equitativo e integral.

Referencias

1. Debas HT, Gosselin R, McCord C, Thind A. Surgery. In: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al., editors. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington (DC): World Bank; 2006. p. 1-17.
2. Kushner AL, Cherian MN, Noel L, Spiegel DA, Groth S, Etienne C. Comment on addressing the millennium development goals from a surgical perspective: essential surgery and anesthesia in 8 low- and middle-income countries. *Arch Surg*. 2010;145(2):154-9.
3. Yu PC, Calderaro D, Gualandro DM, Marques AC, Pastana AF, Prandini GC, et al. Non Cardiac Surgery in Developing Countries: Epidemiological Aspects and Economical Opportunities—The Case of Brazil. *PLoS One*. 2010;5(5):e10607. doi:10.1371/journal.pone.0010607.
4. Plos Medicine Editors. A Crucial Role for Surgery in Reaching the UN Millennium Development Goals. *PLoS Medicine*. 2008;5(8):1165-7.
5. Caixa Preta da Saúde [Internet]. São Paulo: Associação Médica Brasileira. [2015]. [Acesso 1 mar 2015]. Disponible em: <http://www.caixapretadasaude.org.br/>
6. Organización Pan-Americana da Saúde (OPAS). Estrategia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. [Internet]. [2014]; [Acesso 12 jan 2015]. Disponible em: <http://www.paho.org/bra/images/stories/Documentos2/ce154%20tema%204%203%20verso%207%20ago.pdf?ua=1&ua=1>
7. Savedoff WD, Ferranti D, Smith AL, Fan V. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet*. 2012;380(9845):924-32.
8. Paim J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*. 2011;37(9779):1778-97.
9. Mattos FAM, Chagas GJN. Desafios para a inclusão digital no Brasil. *Perspect Ciênc Inf*. 2008;13(1):67-94.
10. Viacava F, Porto S, Laguardia J, Moreira RS, Uga MAD. Diferenças regionais no acesso a cirurgia cardiovascular no Brasil, 2002-2010. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2012;17(11):2963-9.
11. Sarmento KMA Jr, Tomita S, Kos AOA. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2005;71(3):256-62.
12. Lima DMG, Ventura LO, Brandt CT. Barreiras para o acesso ao tratamento da catarata senil na Fundação Altino Ventura. *Arq Bras Oftalmol*. 2005;68(3):357-62
13. Curtis AJ, Russell COH, Stoelwinder JU, McNeil JJ. Waiting lists and elective surgery: ordering the queue. *MJA*. 2010;192(4):217-20.
14. Andrade LO, Pellegrini Filho A, Solar O, Rígoli F, Salazar LM, Serrate PC, et al. Social determinants of health, universal health coverage, and sustainable development: case studies from Latin American countries. *Lancet*. 2015;385(9975):1343-51.
15. Cassiani SHB, Zug KE. Promovendo o papel da Prática Avançada de Enfermagem na América Latina. *Rev Bras Enferm*. 2014;67(5):675-6.
16. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública*. 2010;26(2):286-98.
17. Kreindler AS. Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *Bri Med Bull*. 2010;95:7-32. doi:10.1093/bmb/ldq014.
18. Cassiani SHB. Strategy for universal access to health and universal health coverage and the contribution of the International Nursing Networks. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. nov-dez.2014 [acesso em: 13 fev 2015];22(6):891-2. Disponible em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n6/pt_0104-1169-rlae-22-06-00891.pdf
19. Zoboli ELCP, Schweitzer MC. Nursing values as social practice: a qualitative meta-synthesis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]*. maio-jun. 2013 [Acesso 24 mar 2015]; 21(3):695-703. Disponible em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000300695&lng=en&lng=en. 10.1590/S0104-11692013000300007

Recibido: 13.05.2014

Aceptado: 18.05.2015

Correspondencia:

Maria Fernanda do Prado Tostes
Universidade Estadual do Paraná
Campus de Paranavaí
Av. Gabriel Esperidião, s/n
CEP: 87703-000, Paranavaí, PR, Brasil
E-mail: mfpprado@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.