

ARTICULO ORIGINAL

Demanda de asistencia médica en el Subsistema de Urgencias del Policlínico Área V de Cienfuegos durante el trienio 2007-2009

Demands for Medical Care in the Emergency Subsystem of the Area # V Polyclinic during the 2007 – 2009 Triennium

Dra. Annia Daisy Hernández Martín, ⁽¹⁾ Dra. Arellys Falcón Hernández, ⁽²⁾ Dr. Victor René Navarro Machado, ⁽³⁾ Dr. Ibars Puerto Noda. ⁽⁴⁾

¹Especialista de I Grado en Medicina Interna. MSc. en Urgencias Médicas. Profesora Instructora. ² Especialista I Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. MSc. en Urgencias Médicas. Profesora Asistente. Investigadora Auxiliar. Centro Especializado Ambulatorio Héroes de Playa Girón. Cienfuegos. ³ Dr. en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Medicina Interna. Especialista de II Grado en Medicina Intensiva y Emergencias. Profesor Auxiliar. Investigador Auxiliar. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos. ⁴ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Reumatología. Centro Especializado Ambulatorio Héroes de Playa Girón. Cienfuegos.

¹Second Professional Degree in Internal Medicine. MSc. in Medical Emergencies. Instructor. ² Second Professional Degree in Internal Medicine. Terminal Professional Degree in Intensive Care and Emergencies. MSc. in Medical Emergencies. Assistant Professor. Research Supervisor. Héroes de Playa Girón Specialized Outpatient Center. Cienfuegos. ³ PhD. in Medical Sciences. Terminal Professional Degree in Internal Medicine. Terminal Professional Degree in Intensive Care and Emergencies. Associate Professor. Research Supervisor. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos. ⁴ Second Professional Degree in General Medicine. Second Professional Degree in Rheumatology. Héroes de Playa Girón Specialized Outpatient Center. Cienfuegos.

RESUMEN

Fundamento: los sistemas de urgencia prehospitalaria han sido un método histórico de atención precoz para disminuir mortalidad; la información sobre actividades asistenciales en el área de urgencias a escala mundial demuestra un crecimiento de la demanda en dicho servicio.

Objetivo: determinar el comportamiento de la demanda de asistencia médica en un Subsistema de Urgencias.

Métodos: estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal realizado en el Subsistema de Urgencias del

Policlínico Área V de la provincia de Cienfuegos. Se utilizaron los informes estadísticos de los años 2007 a 2009 para obtener el total de pacientes que solicitaron asistencia médica por supuestas urgencias o emergencias médicas, se analizó la demanda de asistencia médica anual y por meses, horarios de consulta, clasificación según riesgo vital y diagnósticos.

Resultados: aumentó la demanda de asistencia médica de forma ascendente en los años estudiados, el horario de mayor demanda fue el nocturno, el grupo de edades más atendido fue el de 15 a 59 años, las infecciones respiratorias agudas fueron las más consultadas y la conducta tomada que predominó fue el

Recibido: 26 de enero de 2012

Aprobado: 12 de marzo de 2012

Correspondencia:

Dra. Annia Daisy Hernández Martín.
Centro Especializado Ambulatorio Héroes de Playa Girón.
Calle 63 e/ 6 y 8 NE.
Cienfuegos. CP: 55 100. Teléfono: 043-556559.

Dirección electrónica: annia.hernandez@gal.sld.cu

tratamiento médico ambulatorio del paciente; en los años estudiados aumentaron gradualmente las remisiones y se utilizó con menos frecuencia la sala de observación.

Conclusiones: el perfeccionamiento del Subsistema de Urgencias de la Atención Primaria de Salud ha provocado un aumento de la demanda de atención de urgencias en el Policlínico Área V de Cienfuegos.

Palabras clave: necesidades y demandas de servicios de salud; urgencias médicas; atención primaria de salud; centros de salud

Límites: humanos; adulto

ABSTRACT

Background: Prehospitalary emergency systems have been for quite long a method for early medical care aimed at reducing mortality. Information on medical assistance in emergency departments shows a worldwide growth in the demands for this service.

Objective: To determine the behavior of the demands for medical care in an emergency subsystem.

Methods: A descriptive, retrospective and longitudinal study was conducted at the Emergencies Subsystem of Area # V Polyclinic of Cienfuegos. Statistical records from 2007 to 2009 were used to obtain the total amount of patients who attended for suspected medical emergencies. We analyzed the demands for medical attention according to each year and month, exact hour of consultation, classification according to risk for life and diagnosis.

Results: Demands for medical care increased with the years in the period studied, the hours of greatest demand were those of the night and the most treated age group was that from 15 to 59 years old. Acute respiratory infections were the most consulted condition and the most followed behavior was outpatient medical treatment. During the years included in the study referrals increased gradually and observation room was less frequently used.

Conclusions: Emergency Subsystem improvement in Primary Health Care has led to increased demands for emergency care at the Area # V Polyclinic of Cienfuegos.

Key words: health services needs and demand; emergencies; primary health care; health centers

Limits: humans; adult

INTRODUCCIÓN

Mientras que la década de los años 50 fue la del desarrollo de la cirugía, la de los 60 de la anestesia y la de los 70 de los cuidados intensivos, la década de los años 80 fue la del avance de los sistemas médicos de urgencia y en 1990 surgió el concepto de la cadena de supervivencia.

En el año 1984, Cuba comenzó la implantación de un nuevo sistema de Atención Primaria en la Salud, que tuvo en su desarrollo la máxima prioridad del estado por lo que en poco más de una década se formaron miles de médicos y enfermeras dedicados a este tipo de atención y se construyeron otros tantos consultorios médicos dentro de las comunidades urbanas y rurales; este desarrollo permitió la vinculación de la atención médica al paciente grave, entre este nivel de atención, el secundario y terciario. Para el año 1996 se realizó un reordenamiento de la APS instituyéndose la Red de Urgencia en Atención Primaria y en 1997 se inició la Emergencia Médica Móvil creándose el Sistema Integrado de Urgencias Médicas (SIUM) de la República de Cuba, que reporta hoy miles y miles de vidas salvadas, el cual sin dudas forma parte del presente y formará parte en el futuro de la historia de la atención al grave en nuestro país.

Este sistema tuvo como premisas establecer una atención inmediata, próxima y regionalizada de tipo escalonado. Está organizado en cuatro subsistemas asistenciales: el programa de socorrismo, la red de urgencia primaria, la emergencia móvil y hospitalaria y las terapias intensivas e intermedias. Los servicios de urgencia que brinda el Sistema de Urgencia en la Atención Primaria de Salud (SUAPS) han llegado a ser en la actualidad, los que primero contactan a los pacientes con enfermedad aguda, urgencia o emergencia, por lo que son considerados un eslabón fundamental del sistema de salud.⁽¹⁻³⁾ Posteriormente, en diciembre del año 2003 fueron creadas las Áreas Intensivas Municipales (AIM), a partir de una idea del Comandante en Jefe, como parte de la preparación para enfrentar la posible epidemia por el síndrome agudo respiratorio grave y como necesidad de acercar a la comunidad servicios de urgencia con una mayor resolutivead.⁽⁴⁾

El Ministerio de Salud Pública de Cuba, el 30 de marzo del año 2007, emitió la Instrucción General No. 240, acerca del proceso de implantación del principio de la idoneidad para los centros asistenciales del Sistema Nacional de Salud e indicaciones metodológicas para el mismo, en el que se definen las principales funciones generales del médico en los escenarios de atención del SIUM. En dicha instrucción, a nivel de Atención Primaria de Salud, se especifican las funciones en las áreas intensivas municipales, lo que constituye un paso superior en el proceso organizativo. La implementación de este sistema de atención a la urgencia, junto a la reparación de los policlínicos y la incorporación de equipamiento novedoso para prestar servicios de alta demanda popular ha permitido cambiar favorablemente la atención a la urgencia de manera progresiva hacia el nivel primario que es uno de los objetivos de los subsistemas de urgencias en este nivel de atención de salud y por otra parte esto ha contribuido a disminuir las letalidades, al actuar precozmente aplicando

protocolos específicos. ^(5,6)

En las urgencias médicas no se puede olvidar que "el tiempo es vida y calidad de vida". El tiempo por etapa y la conducta médica correspondiente, son el secreto de la mejor práctica en la urgencia médica y este garantiza el éxito de la labor asistencial en cada eslabón de la cadena de supervivencia. Para el correcto engranaje de todo el sistema de salud, se necesita de una adecuada organización y dirección acompañada de una apropiada estrategia y planificación previa. El objetivo general es dar respuesta a la demanda de los pacientes que requieren atención sanitaria urgente, con un nivel de calidad adecuado, en un tiempo razonable y un costo ajustado. ⁽⁷⁾

El estado cubano asigna anualmente cifras millonarias al Sistema Nacional de Salud, esta es una esfera presupuestada que representa una de las mayores conquistas de la Revolución, es un sistema igualitario para todos sin distinción alguna, que no discrimina sexo, raza o nivel sociocultural, es por eso que todos debemos defenderla y particularmente los trabajadores de la salud quienes somos los encargados de cumplir con la misión social que significa pertenecer a la misma, haciendo un uso adecuado de todos los recursos humanos y materiales que le son inherentes.

La Atención Primaria de Salud cuenta con 4 documentos básicos en el accionar del médico que en ella labora, estos son: la historia clínica personal, la historia clínica familiar, la hoja de cargo y el análisis de la situación de salud en el área que abarca su población; es precisamente la hoja de cargo con todos los datos que requiere, el documento vital para la recolección de datos y la información de todos los factores implicados en el proceso de la enfermedad y para el sistema estadístico de salud que la procesa y preserva para presentes y futuros estudios. ⁽⁸⁻¹¹⁾

Debe destacarse en todo este proceso la importancia del control y evaluación de las actividades médicas relacionadas con la atención al paciente de urgencia y la labor realizada por el Ministerio de Salud Pública de Cuba que, relacionado con ello, creó un sistema de información estadística para esta actividad, el Sistema de Información Estadística de Salud, ⁽¹²⁾ y a partir del año 2005 elabora supercursos para la superación y ayuda docente en registros médicos y estadísticas sanitarias al contabilizar un conjunto de indicadores que permitan controlarla y evaluarla, actuando sobre la estructura, el proceso y el resultado final.

Por lo que, considerando lo anteriormente expuesto, se decidió realizar el presente trabajo de investigación para determinar el comportamiento de la demanda de asistencia médica en el Subsistema de Urgencias del Policlínico del Área V de Cienfuegos.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, longitudinal realizado en el Subsistema de Urgencias del Policlínico Área V de

la provincia de Cienfuegos.

El universo de la investigación estuvo constituido por el total de pacientes que solicitaron asistencia médica por supuestas urgencias o emergencias médicas entre el primero de enero del 2007 y el 31 de diciembre del 2009 y que fueron registrados en las hojas de cargo oficiales de la institución.

Los datos fueron obtenidos del informe estadístico mensual del Departamento de Estadísticas (Modelo 18 196 - Hoja de actividades del Subsistema de Urgencia en la APS).

Se revisaron los informes estadísticos mensuales de los años 2007, 2008 y 2009 del Subsistema de Urgencias del policlínico Área V de Cienfuegos.

Se recopilaron los datos considerando el número de casos atendidos por meses en cada uno de los años estudiados. Se recogió la edad según último año cumplido y se adjuntó a un grupo específico o determinado; las embarazadas se ajustaron al grupo de edades de 15 a 59 años. En el caso del horario de atención se tuvieron en cuenta dos horarios, es decir la atención de 8:00 am a 4:00 pm y la atención en el horario de 4:01 pm hasta las 7:59 pm del próximo día.

Para la clasificación según orden de prioridades o código de colores (*triage*) se tuvo en cuenta la apreciación del médico asistencial o en su lugar el diagnóstico o conducta.

Las enfermedades fueron clasificadas estadísticamente según la décima clasificación internacional de enfermedades, ⁽¹³⁾ y teniendo en cuenta las que son requeridas en el modelo estadístico para el Subsistema de Urgencias en la Atención Primaria.

Con respecto a la conducta médica se consideraron con tratamiento médico aquellos que fueron atendidos en urgencias, se trataron y regresaron al hogar.

Los ingresos en observación fueron aquellos casos que se quedaron en esta sala por espacio de hasta 8 horas y los remitidos fueron aquellos pacientes que, por su enfermedad, necesitaron dar continuidad a su problema de salud en la atención secundaria ya fuera en el Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima o en el Hospital Pediátrico Universitario Paquito González Cueto.

Los datos se recogieron en una encuesta confeccionada al efecto, se introdujeron en una base de datos y se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS, versión 12,0 para Windows.

Los resultados se muestran en tablas y gráficos mediante números absolutos y porcentajes.

RESULTADOS

Se apreció una tendencia creciente de la demanda de asistencia médica en sentido general y con respecto a los meses, hacia los de septiembre, octubre y noviembre, similar en la totalidad de los años estudiados. En el año 2009 se vieron 8 657 casos más

que en el 2007 y 4552 casos más que en el 2008. (Gráfico 1).

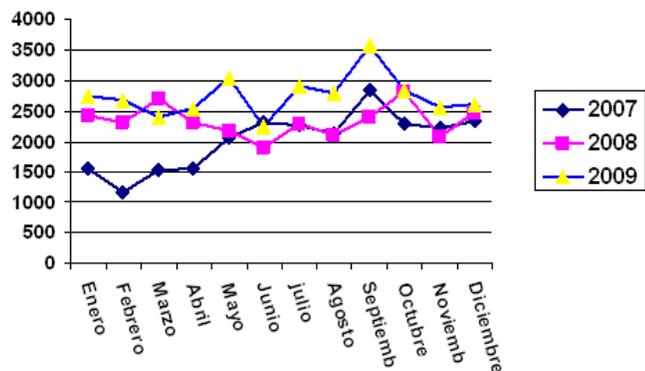


Gráfico 1. Distribución de la demanda de asistencia médica por meses y años

El grupo de pacientes de mayor demanda de asistencia médica estuvo comprendido entre las edades de 15-59 años, en el cual se asistieron 48 940 pacientes durante el periodo estudiado, seguido del grupo de mayores de 60 años. El grupo de pacientes menores de un año tuvo la menor demanda de asistencia médica por urgencias en todos los años. (Gráfico 2).

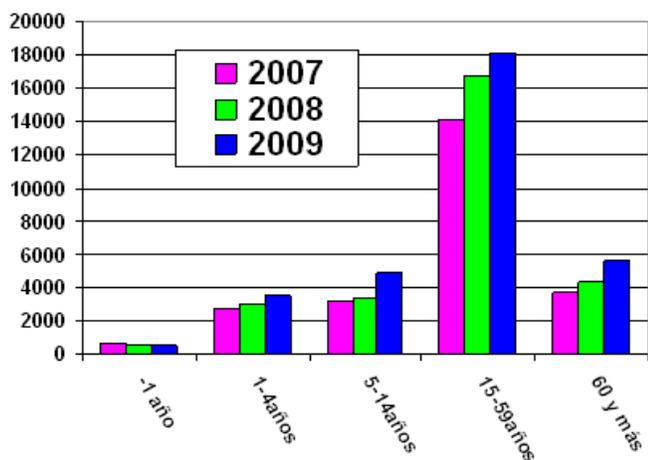


Gráfico 2. Distribución de la demanda de asistencia médica por edad

Con respecto a la atención por horarios, se observó un incremento progresivo anual de casos atendidos tanto en el horario de 8: am a 4: 00 pm, como en el horario vespertino y nocturno; este último fue definitivamente el horario donde mayor número de pacientes fueron atendidos. (Gráfico 3).

Al analizar los pacientes atendidos según código de colores o clasificación triage se comprobó que en el año 2007 hubo un mayor número de pacientes clasificados según grado de urgencia, lo que no se comportó de la

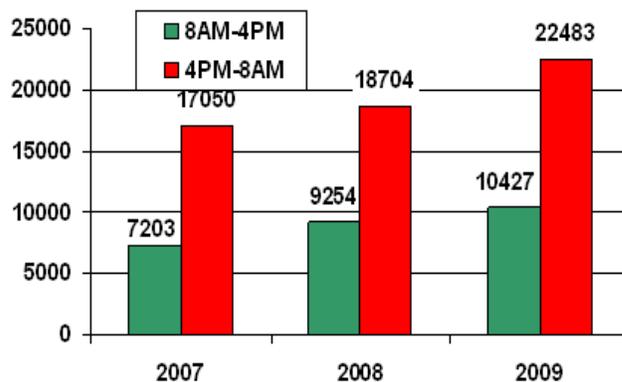


Gráfico 3. Distribución de la demanda de asistencia médica por horarios

misma manera en los años 2008 y 2009 cuando incluso hubo meses donde no se reportó la clasificación por código de colores. En el año 2009 no hubo clasificación de códigos en los pacientes reportados a estadística en los meses de abril, mayo, septiembre, octubre, noviembre y diciembre. (Gráfico 4).

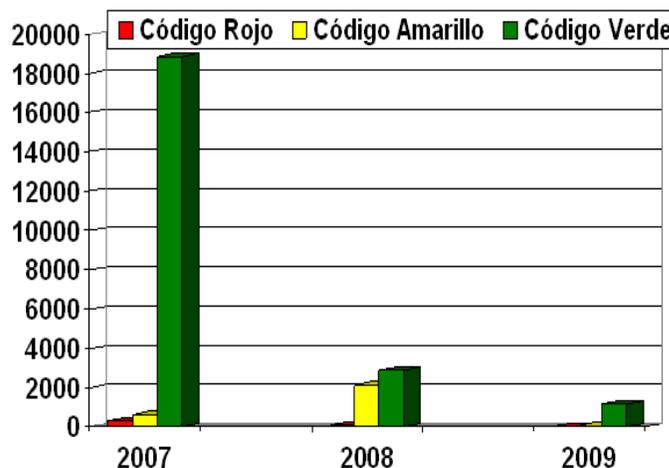


Gráfico 4. Distribución de la demanda de asistencia médica según código de colores

Al analizar la demanda de asistencia médica según los diagnósticos emitidos por los médicos de guardia se constató que en todos los años el diagnóstico de enfermedad respiratoria aguda fue el predominante, seguido de la hipertensión arterial. El porcentaje de pacientes atendidos por asma superó prácticamente los 2 400 casos en todos los años. En los años 2007, 2008 no se registraban estadísticamente de forma particular los casos atendidos por EPOC, AVE e IMA. (Tabla 1).

El tratamiento médico con el regreso al hogar del paciente atendido fue la conducta médica que primó y solo una minoría de pacientes necesitó ser remitida a otro

Tabla 1. Distribución de la demanda de asistencia médica según diagnósticos más frecuentes

Diagnóstico	2007 n= 24 253		2008 n=27 958		2009 n=32 910	
	No.	%	No.	%	No.	%
Infección respiratoria aguda	4534	18,6	5872	21	7354	22,3
Enfermedad diarreica aguda	1242	5,1	602	2,1	1360	4,11
Asma bronquial	2538	10,4	2491	8,9	2891	8,8
HTA	1071	4,4	3364	12	4618	14
Cardiopatía isquémica	2	0,008	48	0,17	70	0,2
EPOC					151	0,45
AVE					15	0,04
IAM					23	0,06
Otros	582	2,4	749	2,67	877	2,7

HTA - Hipertensión arterial EPOC - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 AVE - Accidente vascular encefálico IAM - Infarto agudo del miocardio

nivel de atención. El por ciento de pacientes que fueron ingresados en observación siempre fue escaso y aún así continuó disminuyendo paulatinamente en los años estudiados. Aunque todavía insuficiente hay un número no despreciable de pacientes a los que se aplicó la medicina natural y tradicional para resolver su problema de salud. (Gráfico 5)

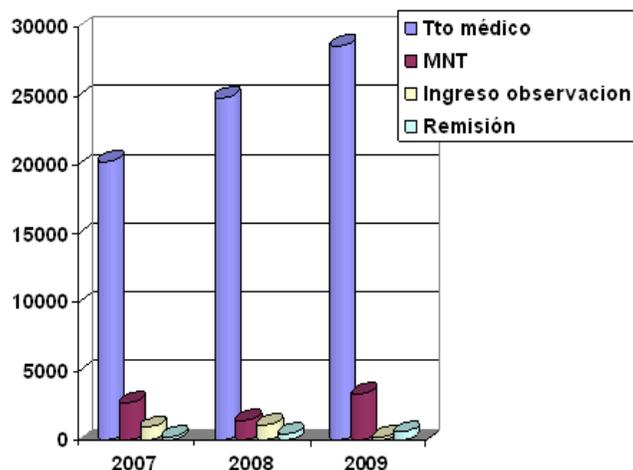


Gráfico 5. Distribución de la demanda de asistencia médica según conducta médica determinada

DISCUSIÓN

Cuando se analizó la demanda de asistencia médica por años, se apreció una tendencia creciente con el transcurso de estos y un incremento hacia los meses de septiembre, octubre y noviembre respectivamente, similar en la totalidad de los años estudiados. En el año 2009 se atendieron 8 657 casos más que en el 2007 y 4 552 casos más que en el 2008.

En un análisis realizado por Escalona Ramos ⁽¹⁴⁾ en el Sistema Integrado de Urgencias Médicas en el Municipio

Amancio existió una similitud en cuanto al comportamiento de la demanda creciente anual de asistencia médica, el cual, según refiere, pudiera estar en relación con el perfeccionamiento de este servicio con mejoras en los recursos humanos y materiales que le fueron asignados. En esta investigación, teniendo en cuenta que a mediados de 2008 culminó una reparación capital del policlínico que mejoró ostensiblemente la perspectiva del Subsistema de Urgencias, se pudiera relacionar esta también como una de las causas, teniendo en cuenta los nuevos recursos en esta área como: electrocardiograma, laboratorio y rayos X, con ampliación de sus servicios en horario nocturno y ubicados más cerca de sus hogares. Otros estudios demuestran que la demanda actual de asistencia médica sigue aumentando a medida que transcurren los años, en el mundo entero existe un mayor conocimiento de las enfermedades, sus complicaciones agudas y la necesidad de tratamiento urgente para lograr la sobrevida cuando estas aparecen; es decir, que además de recursos materiales, se debe exponer la cultura médica que en todo el mundo se ha alcanzado, incluyendo en ello, por supuesto, a nuestro país. ⁽¹⁵⁾

La demanda de solicitud de atención médica por edades mostró que el grupo de pacientes de mayor demanda estuvo comprendido entre las edades de 15-59 años, de los que se asistieron 48 940 personas durante el periodo estudiado, seguido del grupo de mayores de 60 años. El grupo de pacientes menores de un año tuvo la menor demanda de asistencia médica por urgencias en todos los años.

Se debe tener en cuenta que la repartición de la población que se utiliza en los datos estadísticos oficiales para el subsistema de urgencias difiere en gran medida de la que se realiza de forma regular en los diagnósticos de salud, separada por grupos de edades más reducidos, en este caso se contabilizan los datos entre ellos formando un grupo más amplio que abarca de 15 a 59 años lo que marca la diferencia dentro de los mismos con un número significativamente mayor, esto resulta importante de señalar ya que se corresponden los mayores volúmenes de demanda de asistencia médica con el volumen del grupo estudiado en cada caso, aunque se puede inferir que en este grupo se encuentra la mayor población laboral activa que está más sometida a riesgos y además es precisamente en este período de la vida en el que emergen la mayor cantidad de enfermedades crónicas no transmisibles susceptibles de descompensación y que pudieran requerir más atenciones de urgencia.

Estos resultados resultan similares a los del estudio de Escalona Ramos, ⁽¹⁴⁾ quien observó la mayor afluencia de pacientes en similar grupo de edades, seguido de los mayores de 60 años y por último los menores de un año, en otro estudio se encontró un predominio en el grupo de edad de 15 a 44 años, lo que también lo hace semejante si tenemos en cuenta que estas edades

quedan incluidas en la clasificación empleada en este estudio.⁽¹⁵⁾

Con respecto a la demanda de asistencia médica se constató un incremento progresivo anual de casos atendidos tanto en el horario de 8:00 am a 4:00 pm como del horario vespertino y nocturno, este último definitivamente es el horario durante el que mayor número de pacientes se atiende. Sin duda alguna en el año 2009 la demanda de asistencia médica creció de forma exponencial al compararla con los años anteriores, en el año 2007 el 70,3 % de pacientes fue atendido en el horario vespertino nocturno y en los años 2008 y 2009 fueron atendidos el 66,9 % y el 68,3 % respectivamente, en este caso se infiere que estos resultados se deban a que sea más factible de utilizar el servicio luego de la jornada laboral en el caso de los trabajadores o al no funcionamiento de los consultorios médicos durante este horario.

En contraste con la literatura revisada estos resultados difieren de Escalona Ramos,⁽¹⁴⁾ quien observó en su investigación que los horarios de más afluencia a los servicios de urgencias son entre las 9:00 am y 11:00 am y la mayor asistencia de pacientes a los servicios de urgencias fue en horarios laborables y con los consultorios del médico de familia trabajando, o sea de 8:00 am a 5:00 pm, lo que llevó a los autores de esta investigación que ahora presentamos a suponer que, al menos en el caso del área de salud estudiada se cumple la tarea de la atención escalonada donde hay un apoyo importante del primer eslabón que son los consultorios médicos de la familia, descongestionando el servicio de urgencias y el que exista una buena cobertura a este nivel garantiza una mejor atención al paciente requerido de urgencia.

Al analizar los pacientes atendidos según código de colores o clasificación *triage* se pudo observar que en el año 2007 hubo un mayor número de pacientes clasificados según grado de urgencia, lo que no se comportó de la misma manera en los años 2008 y 2009 en los que incluso hubo meses en los que no se reportó la clasificación por código de colores como fueron los meses de noviembre y diciembre del 2008. El comportamiento de la clasificación en el año 2009 fue pésimo, pues no hubo clasificación de códigos en los pacientes reportados a estadística en los meses de abril, mayo, septiembre, octubre, noviembre y diciembre, lo cual no quiere decir, según parecer de los autores, que no existieran casos tributarios sino que su clasificación no fue reportada en hojas de cargo al Departamento de Estadísticas, lo que constituye una deficiencia significativa del sistema.

Triage es una palabra francesa que significa clasificar, seleccionar o elegir. Así se ha denominado también al proceso con el que se selecciona a las personas a partir de su necesidad de recibir tratamiento médico inmediato cuando los recursos disponibles son limitados. Originalmente se utilizó para la clasificación de

pacientes ante situaciones de catástrofe. El sistema de *triage* divide los estados de gravedad en varias categorías incluyendo desde estados críticos a situaciones menos urgentes, es una clasificación de los pacientes en el Sistema Integrado de Urgencias Médicas que distingue a unos de otros en la premura del tratamiento. Clasificar al paciente desde que llega al servicio de urgencias disminuye el riesgo, aumenta el tiempo y mejora los resultados en su atención, por lo que no realizarla hace que podamos incurrir en errores que pondrían en peligro la vida del enfermo. No se encontraron estudios que cataloguen el paciente según criterio de gravedad (*triage*) en los subsistemas de urgencias de la atención primaria para establecer comparaciones, pero el hecho es que debe tomarse en cuenta por la importancia que tiene su conocimiento en términos de organización ya sea en tiempos de guerra, contingencias, desastres naturales o no que pudieran afectarnos.⁽¹⁶⁾

Se debe señalar además que entre los estándares de calidad (indicadores de estructura) del "Manual de evaluación y control de la calidad en el programa de atención a pacientes urgentes y graves" desarrollado por el Ministerio de Salud Pública, se concibe que debe existir un sistema de clasificación para consultas de urgencia por enfermeras, ejercido por una enfermera hábil y capacitada dotada de esfigmomanómetro, estetoscopio e incluso debe adicionarse bolsa de reanimación cuando por su misma puerta entran las supuestas emergencias, lo que induce a pensar que estamos incumpliendo los parámetros de calidad que se requieren en este nivel de asistencia que se designa como el encargado de la clasificación del paciente para su posterior manejo.

Al analizar la demanda de asistencia médica según los diagnósticos emitidos por los médicos de guardia se comprobó un incremento de la demanda de atención por años de todas las afecciones en general, el diagnóstico de enfermedad respiratoria aguda fue el predominante, seguido de la hipertensión arterial. El porcentaje de pacientes atendidos por asma bronquial no es despreciable, superó los 2 400 casos todos los años, las infecciones respiratorias agudas llegaron a representar el 22,3 % de todos los casos atendidos en el año 2009, la hipertensión arterial presentó una marcada ascendencia con los años; llama la atención que en el 2007 fueron vistos más casos por asma bronquial que por hipertensión arterial y las enfermedades diarreicas se elevaron de forma alarmante en el 2009 con respecto al 2008 con 758 casos más para un 4,11 % de los casos en general. Se debe señalar que en los años 2007 y 2008 no se reportaron al sistema casos de EPOC, AVE e IMA, que se encontraron solo en 2009, lo que es una deficiencia a señalar. También presentaron una demanda creciente aunque poco significativa otras enfermedades que como tal se incluyen en el estudio, dentro de las que se

contabilizaron se encuentran: los traumatismos, los accidentes en general, las quemaduras, los intentos suicidas y las intoxicaciones exógenas que representaron cerca del 3 % de los casos.

Con respecto al incremento progresivo de la demanda de asistencia en las infecciones respiratorias agudas se infiere que aunque en muchos casos no sean una afección urgente, ya que pueden ir desde un catarro común, una rinitis a una sepsis respiratoria baja con diferentes grados de severidad, si observamos el aumento desproporcionado de estos casos en 2009 debemos recordar la afectación nacional por la pandemia del virus de la influenza A H1N1 cuando todos los casos con síntomas respiratorios e incluso cuadros diarreicos eran remitidos a este nivel de atención, lo que explicaría la desproporción de casos encontrados en dicho año con estos diagnósticos.

En el estudio de Escalona Ramos ⁽¹⁴⁾ se observó como principal causa de atención la hipertensión arterial, en segundo lugar el asma bronquial y como tercera causa de demanda asistencial las infecciones respiratorias agudas, lo que difiere con este estudio, otros autores plantean la HTA como principal causa de atención en el Subsistema de Urgencia de la APS, sin mostrar una clara distinción entre las demás. ⁽⁶⁾

Algunas veces se escuchan quejas de los colegas del hospital porque les remiten muchos casos del policlínico. Este estudio desmiente esa creencia, porque se comprobó que en el año 2007 se remitió solo el 1,2 % de los pacientes atendidos y en los años 2008 y 2009 el 1,5 y 1,9 % respectivamente, o sea que en general cerca del 99 % de los casos vistos fueron resueltos en el nivel primario, aunque se observó un aumento en el año 2009, al analizar las causas se puede inferir que dicha elevación pudiese estar relacionada con la aparición de la pandemia de influenza A H1N1 hacia mediados del 2009 ya que las causas de remisión aumentaron sobre todo por los pacientes sospechosos de padecerla. Por tanto se puede plantear que si hay sobrecarga de pacientes en los cuerpos de guardia de los hospitales, la causa más probable puede ser la asistencia espontánea de pacientes a esos servicios,

muchas veces con problemas de salud que pueden ser resueltos en la atención primaria. ⁽¹⁷⁾

Escalona Ramos ⁽¹⁴⁾ encontró en su análisis de forma general una disminución de los casos que se remiten al nivel secundario con enfermedades similares a las encontradas en este estudio y lo relaciona con el nivel de resolutivez alcanzado por los SSU.

La llamada medicina alternativa es conocida en todo el mundo y su uso es ilimitado, en nuestro país a finales de la década de los 90 se apreció un auge importante de esta, en el que se realizaron numerosos cursos de capacitación, incluso se aceptó la Medicina Natural y Tradicional como especialidad independiente dentro del Sistema de Nacional de Salud. ⁽¹⁸⁻²⁰⁾ En sus inicios nuestra población no contaba con un nivel adecuado de confianza en estas posibilidades terapéuticas, esto, unido al desconocimiento y la relevancia del período económico que confrontábamos en ese tiempo, al que se le imputaba la utilización de estos métodos, hizo que no lograra los resultados esperados; con el transcurso del tiempo, la población logró incorporar este inmenso arsenal terapéutico a sus dolencias y en la actualidad es preferida de muchos, en este estudio se encontró que, aunque todavía insuficiente, hay un número no despreciable de pacientes a los que se aplicó la medicina natural y tradicional para resolver su problema de salud, como más representativo el 10,3 % de los pacientes en 2009 fueron tratados de esta forma.

El perfeccionamiento del funcionamiento del Subsistema de Urgencias de la APS ha provocado un aumento gradual de la demanda de atención médica en el Policlínico del Área V de Cienfuegos en el trienio estudiado, principalmente pacientes clasificados con códigos verdes y dentro de estos las infecciones respiratorias agudas; la principal conducta tomada fue el tratamiento ambulatorio del paciente. Se recomienda evaluar con frecuencia el cumplimiento de las misiones encomendadas a este nivel de atención, manteniendo además una educación constante acerca del llenado correcto de las hojas de cargo establecidas para los subsistemas de urgencia que incluya de manera invariable la clasificación por orden de prioridades o código de colores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Castillo Guzmán A, Arocha Mariño C. El estado de salud de la población cubana en el período revolucionario. *Rev Cubana Salud Púb.* 2000;26(1):57-62.
2. Ministerio de Salud Pública. Metodología para los SUAPS. La Habana; MINSAP; 1995.
3. Ministerio de Salud Pública. Carpeta Metodológica. Estrategias y programas priorizados. La Habana: MINSAP; 1996.
4. Herrera Varela JL, González Ramos E, Sosa Acosta AL. Áreas intensivas municipales: estrategia vital para los servicios de urgencia en la atención primaria. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias*[revista en Internet]. 2008[citado 22 Ene 2010];7(2):[aprox. 54 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_2_08/mie07208.htm.

5. García Salabarría J, Luna Morales C, Sierra Pérez D, Barceló Montiel Z, Gandul Salabarría L, Lorente Díaz V, et al. Reglamento General de Policlínico. Resolución Ministerial No. 135[Internet]. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2008[citado 9 Ene 2009]. Disponible en: http://www.sld.cu/galerias/pdf/reglamento_general_policlinico_1.pdf.
6. Díaz Novás J, Guinart Zayas N. Las urgencias en la atención primaria. Utilización del servicio. Rev Cubana Med Gen Integr[revista en Internet]. 2007[citado 9 Ene 2009];23(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol23_4_07/mgi02407.html.
7. Ministerio de Salud Pública. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015[Internet]. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2006[citado 9 Ene 2009]. Disponible en: http://www.healthresearchweb.org/files/Políticas_Nacionales_Salud-Cuba_2015.pdf.
8. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Contabilidad. Sistemas de Costos de policlínicos. La Habana: MINSAP; 1990.
9. Mukodsi-Caran M, Borges-Oquendo LC. Aplicación del costo-eficiencia en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. 2000;16(5):461-7.
10. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2005. La Habana: MINSAP; 2006.
11. Ministerio de Salud Pública. Manual de organización del Policlínico. Ciudad de La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2005.
12. Vidal Ledo M, Fernández Oliva B, Alfonso Sánchez IR, Armenteros Vera I. Información, informática y estadísticas de salud: un perfil de la tecnología de la salud. Acimed[revista en Internet]. 2004[citado 9 Ene 2009];12(4): [aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/aci/vol12_4_04/aci08404.htm.
13. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. CIE-10. Washington, DC: OPS; 2003.
14. Escalona Ramos CA, Fuentes Castellanos C, Hernández Monteagudo L, Reyes Williams N, Mawad Santos ME. Demanda de asistencia médica en el sistema integrado de urgencias médicas en Amancio. Primer semestre. Años 2002-2003. Primera parte. Revista Electrónica Zoilo Marinello Vidaurreta[revista en Internet]. 2005[citado 9 Ene 2009];28:[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.ltu.sld.cu/revista/index_files/articles/enero-abril2005_5.htm.
15. Díaz Novás J, Guinart Zayas N. Capacidad resolutive de los servicios de urgencias en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr[revista en Internet]. 2008[citado 9 Ene 2009];24(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en:http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol24_2_08/mgi07208.htm.
16. Navarro VR. Situaciones de desastres. Manual para la preparación comunitaria. 2^{da} ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2009.
17. Armas Rojas NB, Bonet Gorbea M, García Roche RG, Ferrer Ferrer LR, Saínez B, de la Noval García R. Evaluación del proceso de remisión del subsistema de urgencia de la atención primaria al hospitalario. Indexmedico Journal [revista en Internet]. 2000[citado 20 Ene 2009];2:[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion2/urgencias/armas_rojas.htm.
18. Organización Panamericana de la Salud. Traditional, Complementary and Alternative Medicines and Therapies. Washington, DC: OPS; 2003.
19. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 261. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2009.
20. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005. Ginebra: OMS; 2002.