

# Acceso a los Servicios de Urgencias en Medellín, 2006

## Access to medical emergency services in Medellín during 2006

Marta L. Valencia-Sierra<sup>1</sup>, Germán González-Echeverri<sup>1</sup>, Nelson A. Agudelo-Vanegas<sup>1</sup>, Liliana Acevedo-Arenas<sup>2</sup> e Isabel C. Vallejo-Zapata<sup>2</sup>

1 Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. [mlia@epm.net.co](mailto:mlia@epm.net.co), [mlia@guajiros.udea.edu.co](mailto:mlia@guajiros.udea.edu.co), [ggonzale@guajiros.udea.edu.co](mailto:ggonzale@guajiros.udea.edu.co), [lnelson@guajiros.udea.edu.co](mailto:lnelson@guajiros.udea.edu.co)

2 Alcaldía de Medellín. Secretaría de Salud. Medellín, Colombia. [liliana.acevedo@medellin.gov.co](mailto:liliana.acevedo@medellin.gov.co), [isabel.vallejo@medellin.gov.co](mailto:isabel.vallejo@medellin.gov.co)

Recibido 16 Marzo 2007/Enviado para Modificación 10 Octubre 2007/Aceptado 24 Octubre 2007

### RESUMEN

**Objetivos** Describir el acceso y la oportunidad de la atención de las urgencias médicas en Medellín, 2006.

**Materiales y Métodos** Se realizó un estudio descriptivo en 27 servicios de urgencias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de tercero, segundo y primer nivel de atención durante una semana continua. A todas las personas admitidas se les realizó seguimiento hasta el egreso del servicio. Las siguientes variables fueron descritas: características de persona, tiempos espera, presencia de trauma, consulta previa a un servicio de urgencias en las últimas 48 horas por la misma causa, referencia y egreso. En aquellas personas no admitidas se estudiaron las causas de no admisión.

**Resultados** De 9 703 pacientes que visitaron los servicios de urgencias, 8 703 (89,4 %) fueron admitidos, 13,8 % habían consultado en las últimas 48 horas a un servicio de urgencias por la misma causa y el 10,5 % tuvieron remisión previa. Fue superior el tiempo espera en los servicios de urgencias de primer nivel (40,2 minutos). De las 1 027 (10,6 %) personas que no fueron admitidas, el 62,6 % fue debido a que la consulta no fue considerada urgente por el personal hospitalario, seguido del 16 % por no pertenecer a la red a la cual cotizaba.

**Conclusiones** En los servicios de urgencias de Medellín existen barreras de acceso. El acceso inadecuado de acuerdo al tipo y gravedad de la urgencia y la deficiente la articulación de los niveles de atención, soporta la necesidad una red de urgencias en la ciudad.

**Palabras Clave:** Urgencias Médicas, servicios médicos de urgencia, accesibilidad a los servicios de salud, investigación sobre servicios de salud (*fuentes: DeCS. BIREME*).

## ABSTRACT

**Objectives** Describing access to and availability of emergency medical assistance in Medellín in 2006.

**Materials and Methods** This was a descriptive survey-based study conducted in 27 emergency services from institutions providing tertiary, secondary and primary level health care services carried out over one full week. All patients participating in the survey were followed-up from being admitted to the emergency department to being discharged. The following parameters were described: a patient's characteristics, waiting time, presence of trauma, previous emergency department visit during the previous 48 hours for the same condition, transfer and discharge. The reasons for non-admission were studied in the case of patients who were not admitted by the emergency service.

**Results** 8 703 (89,4 %) out of the 9 730 patients attending the emergency department were then admitted; 13,8 % had visited an emergency department during the previous 48 hours for the same condition and 10,5 % were early transfers. The highest mean waiting time observed for primary level was 40,2 minutes. Reasons for non-admission for the 1 027 non-admitted patients (10,6 %) included hospital staff classifying a case as not being an emergency (62,6 %) and lack of social security service coverage (16 %).

**Conclusions** Barriers were found to emergency service access in Medellín. Inadequate access according to the type of emergency and its seriousness and deficient coordination of attention levels support the need for an emergency network in the city.

**Key Words:** Emergency, emergency medical service, health service accessibility, hospital emergency service, health service research (*source: MeSH, NLM*).

Los servicios de urgencias poseen una disponibilidad inmediata de recursos para proporcionar tratamiento médico inmediato, a cualquier hora del día o de la noche (1). Estos servicios deben disponer de una infraestructura para la atención oportuna y con calidad especialmente para aquellos pacientes que solicitan atención por eventos agudos y graves (2). La atención inicial de las urgencias abarca todas las acciones realizadas en una persona con patología urgente, tomando como base el nivel de atención y el grado de complejidad de la entidad que realiza la atención inicial (3). Medellín con una población para el año 2005 de 2 093 624 habitantes, posee 47 instituciones de salud con servicios de urgencias. El conjunto articulado de las unidades prestadoras de atención de urgencias conforma la red de urgencias, que según niveles de atención y grados de complejidad deben actuar coordinadamente (3). La efectividad de los servicios de urgencias hospitalarios depende de los determinantes externos que se derivan de la demanda de los usuarios. También depende de los determinantes internos derivados del modelo

organizativo de la institución (4). En Colombia, la ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias de atención de urgencias estableció que esta atención debe ser prestada en forma obligatoria a todas las personas independientemente de su capacidad de pago y del régimen del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSS) (5). Las últimas comunicaciones de las autoridades de salud en el país recordando que la atención de las urgencias debe prestarse en forma obligatoria, hacen pensar que los distintos actores del sistema no están cumpliendo con la norma (6). Se espera que cada nivel resuelva los problemas de salud según su complejidad y se establezcan mecanismos de articulación entre los servicios de urgencias (7). El acceso a los servicios de urgencias se entiende como el proceso mediante el cual se logra conseguir una atención médica inmediata y oportuna. En nuestra población existe una proporción de personas que acceden a los servicios de urgencias pero que no son admitidas. También sucede que algunas de las personas admitidas no son atendidas oportunamente o han tenido varias remisiones previas o algunas de ellas no acceden al nivel de complejidad adecuado. En la ciudad no se han realizado estudios observacionales las 24 horas del día que den cuenta del acceso a los servicios de urgencias en los diferentes niveles de atención. La finalidad de este estudio fue estimar el acceso y la oportunidad de atención a los servicios de urgencias de Medellín, información de gran importancia para la planeación y mejoramiento de los servicios de urgencias de esta ciudad. Este estudio fue realizado como parte de la investigación "Los problemas de acceso a los servicios de salud de urgencia y la necesidad de los Sistemas Regionalizados de Atención. Bogotá y Medellín, 2005 -2006".

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo en 27 servicios de urgencias de Instituciones de Prestadoras de Servicios de Salud (IPS). Se recolectó información en 10 servicios de urgencias de nivel 3 de atención (alta complejidad), 10 servicios de urgencias de IPS de nivel 2 de atención (mediana complejidad) y siete servicios de urgencias de IPS de nivel 1 de atención (baja complejidad). En cada uno de los servicios de urgencias se recolectó información por una semana continua las 24 horas del día. El tiempo total para la recolección de la información fue de ocho meses durante el año 2006 y se contó con personal del área de la salud previamente estandarizado para este proceso. Los servicios de urgencias estudiados fueron seleccionados mediante un muestreo por conveniencia.

### Población

En cada uno de los servicios de urgencias, se realizó seguimiento a todos los pacientes que solicitaron atención y que fueron admitidos desde el momento del

ingreso a admisiones hasta que este egresara del servicio. Para todos los pacientes que solicitaron atención y que no fueron admitidos se identificó la causa de no admisión.

#### Variables

Se estudiaron variables relacionadas con los datos de admisiones y de ingreso, las características de persona, los tiempos de espera para la atención, consulta previa a un servicio de urgencias en las últimas 48 horas, la referencia y el egreso. Se realizó una prueba piloto para la validación del instrumento.

#### Aspectos éticos

Se solicitó consentimiento previo a cada una de las IPS y solo registró el nivel de atención correspondiente a cada una de ellas. Las IPS que no aceptaron participar en el estudio fueron reemplazadas. En los formularios no se incluyeron los nombres de los pacientes. Se dieron resultados en conjunto evitando todo informe individual y se solicitó consentimiento previo a los pacientes o a sus familiares para ingresar al estudio.

#### Análisis estadístico

Se diseñó una base de datos en el programa ACCESS® y para el análisis estadístico univariado y bivariado se utilizó el paquete estadístico SPSS 14.0® y la hoja electrónica Excel versión 2003. En cuanto a los tiempos de espera en el servicio, se realizó un análisis estadístico descriptivo numérico, haciendo énfasis en las medianas. Se estimaron los respectivos intervalos de confianza a una o dos desviaciones estándar de la mediana, debido a la alta variabilidad de los tiempos. Finalmente a modo exploratorio se realizaron comparaciones con el test Ji-cuadrado de Pearson y ANOVA de Kruskal -Wallis para los tiempos medianos.

Los diagnósticos de la urgencia fueron agrupados para fines específicos del proyecto en siete grupos de enfermedades: cardiovasculares, clínicas, maternas, perinatales, quirúrgicas, salud mental y trauma. Estos grupos fueron identificados teniendo en cuenta la clasificación a tres dígitos de la CIE-10.

## RESULTADOS

De los 9 730 pacientes que solicitaron atención médica urgente el 89,4 % (8 703) fueron admitidos al servicio de urgencias y el 10,6 % (1 027) no fueron admitidos. La proporción de admisiones y no admisiones en los servicios de urgencias fue similar en cada uno de los niveles de atención.

En la Tabla 1 se presenta las causas de no admisión a los servicios de urgencias. La principal causa de no admisión fue por considerarse la causa de consulta como no urgente y en mayor proporción en los niveles 1 de atención, con un 80.2 %. Otra causa importante de no admisión al servicio fue por considerarse que la IPS a la que solicitó acceso el paciente no correspondía a la red de la IPS de cotización. Esta causa fue más relevante en las IPS de nivel 3 de atención, con un 20,3 %.

El 20,4 % de las personas que fueron admitidas a los servicios de urgencias presentaban algún tipo de trauma. El accidente en el hogar se presentó como la principal causa de acceso por trauma con un 33,5 %, seguido del accidente de transporte con 21,9 %, accidente de trabajo con un 16,7 %, otro tipo de accidente con un 13,1 %, las agresiones con un 11,2 %, trauma auto inflingido con un 2,3 % y el envenenamiento accidental, con un 1,1 %.

**Tabla 1.** Causas de no admisión a los servicios de urgencias. Medellín 2006

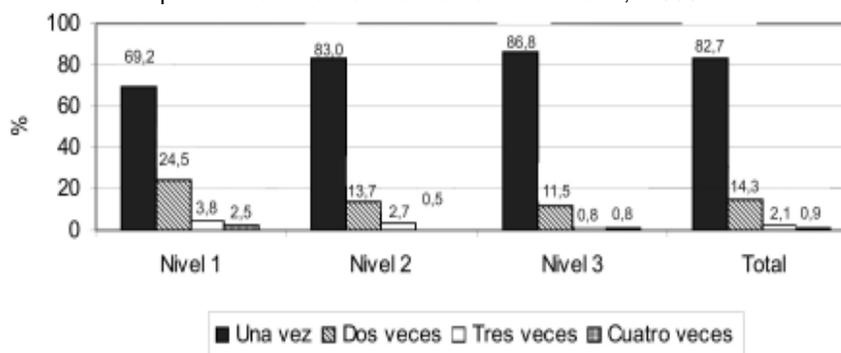
Causas de no admisión	Nivel de atención							
	Nivel 1		Nivel 2		Nivel 3		Total	
	#	%	#	%	#	%	#	%
La atención no fue considerada urgente	268	80,2	181	54	194	54,1	643	62,6
La IPS no correspondía a la red cotización	42	12,5	49	14,6	73	20,3	164	16,0
No fue reportado en el Sistema General de Seguridad Social	1	0,3	8	2,4	6	1,6	15	1,5
Falta de disponibilidad de camilla o cama	1	0,3	1	0,3	12	3,3	14	1,4
No tenía las semanas obligatorias de cotización requeridas	0	0	13	3,9	1	0,2	14	1,4
Falta de documento de identificación	3	0,9	5	1,5	4	1,12	12	1,2
Otra razones	19	5,6	78	23,3	68	18,9	165	16,1
<b>Total</b>	<b>334</b>	<b>100</b>	<b>335</b>	<b>100</b>	<b>358</b>	<b>100</b>	<b>1 027</b>	<b>100</b>

#### Consulta previa y remisiones previas en los admitidos

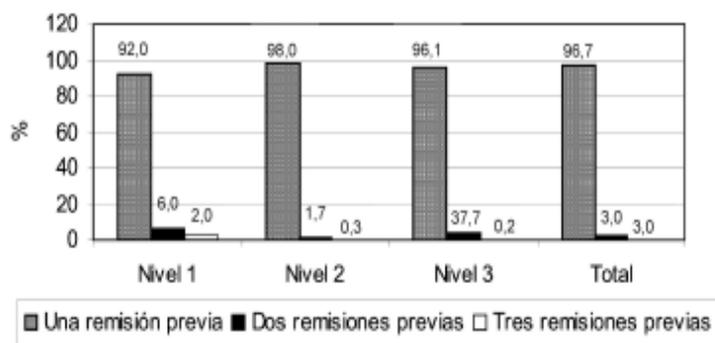
El 13,8 % de las personas admitidas a los servicios de urgencias habían consultado en las últimas 48 horas a un servicio de urgencias por la misma causa. Se destaca que las personas que consultaron hasta tres y cuatro veces en las últimas 48 horas por la misma causa accedieron más a los primeros y segundos niveles de atención, como se observa en la Figura 1.

El 10,7 % de las personas admitidas a los servicios de urgencias presentaron remisiones previas. Las personas admitidas al tercer nivel presentaron el mayor número de remisiones previas. El 96,7 % de las personas fueron remitidos una sola vez. En todos los niveles esta única historia de remisión se presentó una proporción similar como se observa en la Figura 2

**Figura 1.** Consulta previas a un servicio de urgencias en las pasadas 48 horas por la misma causa de admisión. Medellín, 2.006



**Figura 2.** Remisiones directas de una IPS hasta llegar al servicio de urgencias de atención. Medellín, 2006

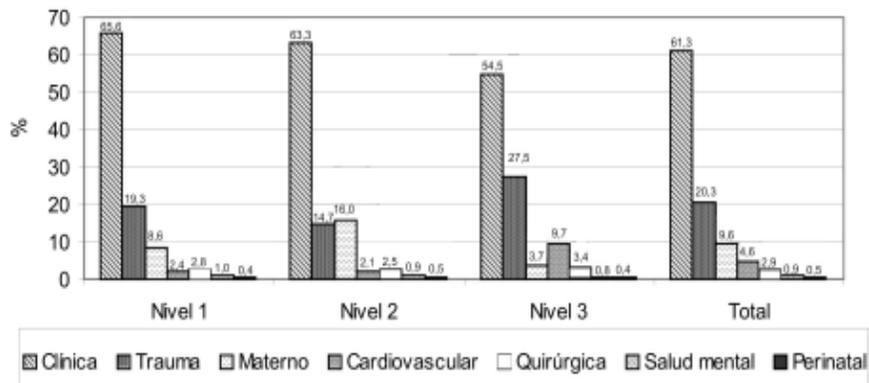


#### Datos egreso y tiempos de espera en los admitidos

El 99,8 % de los pacientes admitidos y atendidos en los servicios de urgencias egresaron vivos y un 0,2 % murieron durante la atención. Por causas clínicas, las infecciones respiratorias y las infecciones intestinales fueron las principales causas de egreso. El trauma se presentó como la segunda causa de egreso, con un 20,3 %. El traumatismo de cabeza fue la principal causa de egreso por trauma y el mayor número de egresos por esta causa se presentaron en los niveles 2 de atención con un 27,1 %, seguido de los niveles 1 y 3 de atención con un 26,5 % y un 19,4 % respectivamente. Las causas maternas fueron atendidas en los segundos niveles principalmente, con un 63,3 %. Respecto al embarazo terminado en aborto se presentó primordialmente en los niveles 1 y 2 de atención con un 14,9 % y un 11,69 % respectivamente, seguido de un 13% en los niveles 3. Las enfermedades hipertensivas y las isquémicas del corazón fueron las principales causas de egreso por causas cardiovasculares. El 21,2

% de las enfermedades isquémicas fueron atendidas en el nivel 3, seguidas de los niveles 2 y 1 de atención con un 9,5 % y un 6,1 % respectivamente. Las causas de egreso se presentan en la Figura 3.

**Figura 3.** Causas de egreso de los admitidos a los servicios de urgencias Medellín 2006



Respecto a los tiempos de espera, se observaron diferencias estadísticamente significativas ( $p$ -valor  $<0.01$ ) entre las medianas de los tiempos de espera por nivel de atención, siendo el tiempo mediano de espera en el nivel 1 de 40,2 minutos (IC 95 % 37,7-42,2) y el de los niveles 2 y 3 de 15 minutos respectivamente (IC 95 % 12-17,9 e IC 95 % 11,3-18,7).

## DISCUSIÓN

Los servicios de urgencias funcionan 24 horas al día, todos los días de la semana. Las personas para acceder a estos servicios no tienen que pedir cita ni esperar una referencia, simplemente acuden y se les atiende. Por ese motivo, los servicios de urgencias son el refugio tanto de la persona en real urgencia porque sufre una enfermedad, un accidente o una agresión que pone en peligro su vida, como de aquella que por razones externas a la salud, no quiere o no puede asistir a la consulta regular (8). Se realizó un estudio descriptivo que permitió estudiar el acceso y la oportunidad de la atención que tienen las urgencias del Municipio Medellín en 27 IPS de la ciudad de diferentes niveles de atención. En este estudio se pudo identificar que de 9 730 pacientes que accedieron a los diferentes servicios de urgencias 1 027 (10,6 %) no fueron admitidos. Se identificó que la principal causa de no admisión a los servicios de urgencias fue por considerarse la causa de consulta como no urgente. Es posible que las personas que están utilizando los servicios de urgencias para la atención de consultas no

urgentes puedan estar haciéndolo como un sustitutivo de la atención en una consulta externa o programada (1,9) considerando la atención de los servicios de urgencias más rápida y de más fácil acceso, sin tener en cuenta las consecuencias de su uso (10,11). También puede ocurrir que muchas personas estén accediendo a los servicios de urgencias por un tratamiento que puede ser suministrado a través de programas de promoción y prevención o de trabajo social en la comunidad (12,13). Otras barreras encontradas pueden ser considerarlas como limitantes de tipo administrativo y financiero que disminuyen el ingreso de los pacientes a los servicios de urgencias (1). En la circular número 045 de febrero 4 del 2002, fue reglamentada la prestación de la atención inicial de las urgencias en forma obligatoria, acorde con el nivel de atención y grado de complejidad (14). En nuestro estudio el 10,6 % de los pacientes no fueron admitidos a los servicios de urgencias y se debe considerar que todos aquellos que consultaron por una urgencia vital debieron haber sido admitidos.

El accidente casero fue la principal causa de acceso a los servicios de urgencias como consecuencia de un trauma. Se destaca en la ciudad que el trauma por agresión no se comporta como la principal causa de acceso a los servicios de urgencias. En los hogares existen diferentes factores de riesgo a los que pueden estar expuestos cada uno de sus integrantes, sin embargo algunos estudios han destacado que el 50 % del acceso de los niños a los servicios de urgencias son consecuencia de accidentes ocurridos en el hogar (15).

El 13,8 % de las personas admitidas habían consultado en las últimas 48 horas a un servicio de urgencias por la misma causa. En los segundos y terceros niveles esta consulta previa se presentó en mayor proporción. Esta consulta previa por la misma causa en las últimas 48 horas podría ser explicada por la falta de atención en las instituciones de salud o por que las personas no consultaron a la institución de salud indicada para la resolución de su problema.

La remisión es definida como el procedimiento por el cual se transfiere la atención de salud de un usuario a otro profesional o institución, con la consiguiente transferencia de responsabilidad del cuidado del mismo. (14,16). La remisión previa se presentó en el 10,7 % de los pacientes admitidos y las personas admitidas en los niveles 3 fueron las que más remisiones previas presentaron. Se observó como personas que estaban siendo atendidas en los niveles 1 de atención presentaron hasta tres remisiones previas, lo que refleja que no es adecuada la direccionalidad de las remisiones y la escasa concordancia entre el nivel de atención de la institución que remite y la institución receptora.

El tiempo de espera en los servicios de urgencias puede incrementar el sufrimiento de los pacientes, la gravedad de su patología y afectar la percepción de la satisfacción de la atención prestada. Este tiempo puede estar influenciado por múltiples causas relacionadas con el retraso asistencial o por la prioridad de atención (17). La mediana del tiempo de espera observada en los servicios de urgencias es alta (40,2 minutos en el nivel 1 y 15 minutos en los niveles 2 y 3 respectivamente), si se considera que una resucitación requiere de actuación inmediata, que la valoración médica para una emergencia debe ser inferior de 15 minutos y para una urgencia menor de 30 minutos (18).

Los pacientes están siendo atendidos principalmente en los servicios de urgencias por causas clínicas especialmente por problemas respiratorios y por enfermedades infecciosas agudas. Los terceros niveles están atendiendo estas causas que pueden ser resueltas desde un primer o segundo nivel. El trauma fue una importante causa de egreso y este fue atendido en todos los niveles. Pero se observó como el traumatismo de cabeza que puede requerir de una atención mas especializada presentó un importante número de admisiones en los niveles 1 de atención. En los servicios de urgencias de la ciudad de nivel 1 se atendieron un importante número de maternas con embarazos terminados en aborto, con complicaciones de parto y del puerperio que debieron ser atendidas en otros niveles. Respecto a las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebro-vasculares que requieren de una atención mas especializada, también fueron atendidas en los primeros niveles. Según los criterios establecidos de atención para la prestación de servicios de urgencias por niveles de atención, los niveles 1 son considerados de baja complejidad donde se realizan solo procedimientos sencillos para situaciones de urgencias y la atención de lesiones leves y de algunas moderadas. El nivel 2 de atención considerado de mediana complejidad y apoya al nivel local básico en las áreas de diagnóstico y tratamiento. Este nivel cuenta con atención de las urgencias moderadas y algunas severas. El nivel 3 considerado de alta complejidad, debe atender urgencias de mayor gravedad y complejidad (3). El acceso, la oportunidad de la atención así como las acciones de referencia y contrareferencia pueden ser influenciados por diversos factores (19). Sin embargo, es importante identificar un factor que puede influir en el acceso, la oportunidad de la atención así como las acciones de referencia y contrareferencia de los pacientes a los servicios de urgencias relacionado con la carencia de una red de urgencias en la ciudad (20).

En este estudio se concluye que una importante proporción de personas no están accediendo a los servicios de urgencias indicados para el tratamiento de

su enfermedad, de igual forma los servicios de urgencias están atendiendo eventos que deben ser resueltos en otro nivel de atención. En la ciudad existen barreras de acceso que impiden la atención de todos los pacientes y que pueden incrementar la morbilidad y la mortalidad en la población. Por todo lo anterior, es necesario pensar en la necesidad de establecer una red de urgencias que incluya la atención prehospitalaria de tal forma que los pacientes puedan recibir una atención oportuna en la institución indicada según su severidad y tipo de urgencia. La red de urgencias en la ciudad podría contribuir a un buen manejo de los pacientes en los niveles de atención, disminuir las consultas en los servicios de urgencias y agilizar las distintas etapas de atención médica (21) ♦

**Agradecimientos.** A cada una de las IPS de primero, segundo y tercer nivel de atención que aceptaron participar en el estudio, a los profesionales y personal de salud de los servicios de urgencias, a los recolectores de información y coordinadores campo, COLCIENCIAS, la Alcaldía de Medellín-Secretaría de Salud y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Financiación: Instituto Colombiano para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología (COLCIENCIAS) (contrato 313 del 2004) y la Universidad de Antioquia de Medellín, Colombia. Con apoyo de la Alcaldía de Medellín - Secretaría de Salud y la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia de Medellín, Colombia

## REFERENCIAS

1. Sánchez L, Bueno A. Factores asociados al uso inadecuado a los servicios de urgencias hospitalarios. Revisión. *Emergencias* 2005; 17:139-42.
2. Navarro R, López - Andujar L, Brau J, Carrasco M, Pastor P y Masiá V. Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la Comunidad Valenciana. *Emergencias* 2005; 17:209-214.
3. Secretaría Distrital de Salud - Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Manual de Normas Técnico-Administrativas para la Prestación de Servicios de Urgencias en el Sistema Distrital de Salud. Santa Fe de Bogotá: OPS; 1994.
4. Miro O, Salgado E, Bragulat E, Junyent M, Asenjo M, Sanchez M. Estimation of emergency department activity and its relationship with in hospital bed disposition. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:86-9.
5. Colombia. Congreso de Colombia. Ley 100 de 23 de diciembre de 1993. Artículo 118. Por la cual se crea el Sistema de seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. Atención inicial en urgencias. Bogotá: El Congreso de Colombia; 1993.

6. Arboleda J. Circular 010: entre recordéris o sofisma de distracción. *El Pulso*. mayo 2006; Sec Noticias Generales [Internet]. Disponible en: <http://www.periodicoelpulso.com/html/may06/general/general-04.htm> Consultado Junio del 2006.
7. Rendón F, Bejarano M. Remisiones en el Valle del Cauca. Análisis y pautas para orientar la red de servicios, 2003 - 2004. *Revista Colombia Médica* 2005; 36: 23-28
8. Caja costarricense de seguro social. Características de los usuarios de los servicios de urgencias segunda encuesta nacional, 2.001 [Internet]. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/germed/dis/diess/enc01res.htm> Consultado Julio del 2006.
9. Miro O, Salgado E, Tomas S, Espinosa G, Estrada C, Martí C, et al. Derivación sin visita desde los servicios de urgencias hospitalarios: cuantificación, riesgos y grado de satisfacción. *Med Clin Barcelona* 2006; 126: 88-93.
10. Bolívar I, Balanzo X, Armada A, Fernández JL, Foz G, Sanz E, De La Torre M. impacto de la reforma de la atención primaria en la utilización de servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin Barcelona* 1996; 107:294.
11. Wisconsin Hospital Association, INC. WHA Position. Emergency room usage. [Internet]. Disponible en: <http://www.wha.org/toolKit/Emergency.pdf> Consultado Agosto del 2001.
12. Pope D, Fernandez C, Bouthillette F, Etherington J. Frequent users of the emergency department: a program to improve care and reduce visits. *CMAJ* 2000; 162:1017-20.
13. Howard J, Ovens TB. Heavy users of emergency services: a population - based review. *CMAJ* October 16 2001; 165 [Internet]. Disponible en: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/165/8/1049> Consultado Agosto del 2006.
14. Colombia. Consejo de Medellín. Circular número 045 de 2002, febrero 4, por la cual se realiza algunas observaciones adicionales sobre el Régimen de referencia y contrarreferencia y sobre la atención en urgencias. Medellín: Dirección Seccional de Salud de Antioquia; 2002.
15. Paulsen DK, Mejía H. Factores de riesgo para accidentes en niños. *Arch Pediatr Urug* 2005;76:65-74.
16. Colombia. Ministerio de Protección Social. Decreto Número 2759 de diciembre de 1991. Por el cual se organiza y establece el régimen de referencia y contrarreferencia. *Diario Oficial* No 40.218 del 12 de diciembre de 1991. Bogotá: El Ministro de Salud; 1.991: [Internet]. Disponible en: [http://www.presidencia.gov.co/prensa\\_new/decretoslinea/1991/diciembre/11/dec2759111991.pdf](http://www.presidencia.gov.co/prensa_new/decretoslinea/1991/diciembre/11/dec2759111991.pdf) Consultado Agosto del 2006.
17. Carbonel M, Girbes J, Calduch J. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Emergencias* 2006;18:30-35.

18. Domínguez C, Ruiz JF. Clasificación de pacientes en urgencias. Un instrumento para el control y la reflexión. *Revista Internacional para el Cuidado del Paciente Crítico* 2005;5:10-13.
19. Tamayo M, Gómez L, Arias N, Girón S, Mateus J. Caracterización y evaluación de la pertinencia de las remisiones generadas en la red adscrita de la Secretaría Distrital de salud de Santa Fe de Bogotá. Resumen técnico, 2.000 [Internet]. Disponible en: <http://www.saludcapital.gov.co/secsalud/navleft/investigaciones/articulos/resumen33.doc> Consultado Febrero del 2007.
20. Corporación de Salud y Políticas Sociales. CORSAPS. Capacidad resolutive de redes descentralizadas de atención en salud. Santiago de Chile. Corporación de Salud y Políticas Sociales. CORSAPS, 1999. p 7-11.
21. Zamudio A, Castro I. Efecto de la red de urgencias sobre el tiempo de atención del paciente traumatizado en el Hospital Universitario del Valle Cali, Colombia. *Revista Colombia Médica* 1994;25:23-5.