

**RIESGO JURÍDICO EN EL SISTEMA DE
CLASIFICACIÓN DE PACIENTES: CASO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL
GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE
GUTIÉRREZ”- UNIDAD DE URGENCIAS
HOSPITALARIA DE ALTA COMPLEJIDAD
- AÑO 2019.**

Facultad de Derecho
Universidad Autónoma Latinoamericana



**RIESGO JURÍDICO EN EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES: CASO
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ
CASTRO DE GUTIÉRREZ”- UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIA DE ALTA
COMPLEJIDAD- AÑO 2019.**

Autores

Luis Guillermo Vélez Tuberquia
Gersson Andrés Molina González

Asesor del trabajo de grado
Juan Fernando Estrada Mesa

Octubre 2021

Facultad de Derecho
Universidad Autónoma Latinoamericana

RESUMEN

La clasificación de pacientes en urgencias –triage- es un tema de gran estudio en el mundo, tiene como objetivo la debida asignación de recursos para la atención de dichos pacientes, intentando disminuir la muerte o secuelas en el estado general de salud, por demora en la atención y asignación de recursos, no solo de materiales y medicamentos, sino de personal asistencial y de servicios derivados de dicha atención urgente o emergente; adicionalmente, el triage selecciona a pacientes que pueden ser remitidos por lo encontrado en la valoración inicial de su enfermedad a unidades de atención de menor complejidad, sin deterioro en el estado de salud del paciente, descongestionando los servicios de atención de mayor complejidad.

La Resolución 5596 del 2015 del Ministerio de Salud y la Protección Social, en Colombia, definió las nuevas normas de triage, personal idóneo, niveles de triage, tiempos de atención, responsabilidades tanto de los aseguradores como de los prestadores.

Se eligió el Hospital General de Medellín, para analizar la posible responsabilidad jurídica que puede tener el personal médico que hace triage, pues hay situaciones que comprometan la salud y la vida de algunos pacientes por la evolución misma de la enfermedad o las condiciones propias de cada paciente y que muchas veces escapan del momento médico de selección de pacientes para la atención en urgencias.

Palabras clave: Triage, Riesgos Jurídicos, Calificación, Urgencias, Evolución

ABSTRACT

The classification of patients in emergencies -triage- is a subject of great study in the world. It aims at the proper allocation of resources for the care of such patients, trying to reduce, death or sequelae in the general state of health, due to delay in care and allocation of resources, not only of materials and medicines, but of care personnel and services derived from such urgent or emerging care.

In addition, the triage selects patients who can be referred for what was found in the initial assessment of their disease to care units of less complexity, without deterioration in the patient's state of health, decongesting the most complex care services.

Resolution 5596 of 2015 of Ministry of Health and Social Protection, in Colombia, defined the new triage standards, suitable personnel, triage levels, care times, responsibilities of both insurers and providers.

The General Hospital of Medellin was chosen to analyze the possible legal liability of medical personnel performing triage, because there are situations that compromise the health and life of some patients due to the evolution of the disease itself or the conditions of each patient and that often escape the medical moment of selection of patients for emergency care.

Keywords: Triagem, Riscos Legais, Qualificação, Emergências, Evolução

Dedicatoria

A mi madre, Lucila, por haberme sembrado la pasión por leer y estudiar, por alcahuetear el paso por las Universidades mientras buscaba mis nortes.

A María Elena y Pipe, mis cómplices en esta locura de volver a estudiar, por el ánimo que me dieron cuando me vi vencido por la tristeza de la enfermedad, por el respeto al dejarme escribir, pensar, discutir, crear.

A todos los médicos que hacen Triage en Colombia, por su voluntad y resistencia ante el maltrato que reciben verbal, moral y a veces físico, al realizar una tarea que es “un castigo” para muchos y que nos gusta e interesa a muy pocos y que nadie nos enseña.

Dedico este trabajo a los miles de pacientes que hemos clasificado en urgencias porque ellos han sido nuestros mejores maestros.

Dedico especialmente este trabajo a la Universidad Autónoma Latinoamericana porque por medio de nuestros profesores nos mostraron ese cielo estrellado que es el derecho, a cada uno de ellos por su dedicación y aporte en formarnos, el reto fue grande, es grande y seguirá siendo grande. Esperamos poder enaltecer ese sacrificio y entrega.

Luis Guillermo Vélez Tuberquia

Agradecimientos

v

Agradezco primeramente a Dios por concedernos el milagro de la vida, un día más para escribir y por contar con ese apoyo incondicional de nuestras familias que en este arduo camino significaron fortaleza y pasión para nunca rendirse.

Quiero expresar mi más profunda gratitud a quien con todo su amor me brindó la oportunidad de soñar con ser un profesional, Alberdy Molina. Papá: me lo diste todo y faltarían líneas para exaltar tu valor, pero no para decirte que sin ti este trasegar hubiera sido imposible.

Patricia, madre, tú fuiste mi pilar, mi faro, no había un solo día donde tu luz no fuera la inspiración necesaria para continuar a pesar de todas las adversidades y a pesar de todas las veces que dude de mí, tú siempre creíste.

Mina, mi viejita, a pesar de los altos y bajos, de los ir y venir de la vida, de las veces que no sabía que sería de mí y de mi futuro, siempre veías lo mejor de mí, me señalabas el camino correcto con palabras y concejos llenos de amor y dulzura, tu fe y confianza me hizo fijarme un norte y luchar por él.

A mis hermanos Paula y Mauro, sagrados baluartes, fuente de inspiración a quienes siempre ha sido mi propósito hacer sentir orgullosos.

Suly, mi compañera de vida, agradezco tu paciencia y comprensión, tú fuerza para soportar mis días grises, mis carencias y fracasos, siempre con la convicción absoluta de que la felicidad se encuentra en el camino y no en el destino.

Agradezco a nuestro asesor, el Médico y Abogado Juan Fernando Estrada Mesa, porque con su experiencia nos brindó los mejores concejos y correcciones para sacar adelante este proyecto, sin su ayuda invaluable no hubiéramos logrado madurar esta idea. A Nuestros docentes de la facultad de derecho de la Universidad Autónoma Latinoamericana, que con sus conocimientos, apoyo incondicional y dedicación lograron forjar en nosotros el amor por el mundo de las leyes he infundieron las ganas de aprender.

Gersson Andrés Molina González

Tabla de Contenidos

Introducción	1
Capítulo 1.....	5
¿Qué es el Triage?.....	5
1.1. Definiciones	5
1.2. Nuestra definición de Triage.....	9
1.3. Sus orígenes	10
1.4. Modelos en el mundo de clasificación de pacientes (triage)	13
1.4.1. Modelo Andorrano de Triage (MAT).....	14
1.4.2. Modelo español de Triage (SET).....	15
1.4.3. Modelo de Triage americano (ESI) Emergency Severity Index.....	16
Capítulo 2.....	17
El Triage en Colombia.....	17
2.1. Antes de la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.	17
2.2. La llegada del nuevo modelo de Triage.....	18
2.2.1. ¿Por qué Clasificación en cinco categorías numéricas?	20
2.2.2. Dinámica del triage, ¿un factor de riesgo en contra del médico clasificador?	23
Capítulo 3.....	26
Aspectos normativos del triage en Colombia, base constitucional, leyes y otros aspectos.	26
3.1. Una visión desde la Constitución.....	26
3.2 Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social “Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".	27
3.2.1. Una visión de la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social. 29	
3.3. Otras normatividades existentes.	30
Capítulo 4.....	31
Responsabilidad del Estado por error en la clasificación de pacientes.....	31
4.1. Casos de error en la clasificación de pacientes.....	34
4.1.1. Caso Hospital Santamaría de Itagüí.....	34
4.1.2. Caso clínica Bucaramanga.....	36
4.1.3. Caso Hospital Cuba de Pereira	37
4.1.4. Caso Hospital Universitario San José.....	38
Capítulo 5.....	40
5. Nociones generales y acercamiento del triage en la unidad de urgencias de alta complejidad del ESE Hospital General de Medellín	40
5.1 Auditorías del Triage año 2019 (Análisis o factores de riesgo en clasificación).....	40
5.2 Como se realiza un Triage en el (HGM):	46
5.3 Modelos de Triage aplicables en el Hospital General	51
5.4 Personal idóneo para realizar la clasificación en Colombia y las dificultades de no tenerlo.	53
5.5 Factores que pueden influir en la dinámica del triage, conceptos con experiencia.	55
Conclusiones.....	62
Referencias.....	64

Tabla 1. Cuadro comparativo modelo andorrano (Estándar Catalán de Triage)	14
Tabla 2 Pendientes Atendidos en Urgencias Adultos	41
Tabla 3 Distribución Mensual de pacientes	42
Tabla 4 Cuadro guía para personal de triage	55

Introducción

Para la realización de la monografía, nos ubicamos en el escenario de trabajo de los médicos clasificadores de pacientes en un servicio de urgencias de una institución prestadora de servicios de salud pública de alta complejidad, en su tarea durante las 24 horas del día, los 7 días a la semana, los 365 días del año, en un sistema de salud que, según el ranking mundial de la OMS (2020), es uno de los mejores del mundo al ocupar el puesto 22 entre 190 países, sin embargo, en la actualidad se notan grandes carencias en la oportunidad de llegada a atenciones por especialistas o ayudas diagnósticas de alta complejidad, así como sistemas de referencia colapsados por el alto flujo de pacientes de una comunidad que poco hace por la prevención y todo por la curación, con grandes filas de espera para llegar a dichos servicios, esa comunidad aprendió que llegar por sus propios medios a estos centros es más rápido y eficiente que la penosa espera de una respuesta, incluso por vías jurídicas.

Se vuelve una situación difícil tanto para quien realiza la clasificación como para los pacientes, quienes buscan acceso a prestaciones de salud de mayor nivel de complejidad que el básico que reciben en las atenciones iniciales con médicos generales en las consultas de primer nivel de atención, pues de un lado están las instituciones prestadoras de salud, que generalmente es para quien trabaja el médico, y del otro lado las entidades promotoras de salud, y las aseguradoras de salud que muchas veces adeudan prestaciones realizadas por las instituciones prestadoras de salud de mayor complejidad, realizadas a sus pacientes afiliados, debe entonces el médico clasificador superar este aspecto administrativo y tomar parte desde el concepto netamente clínico.

Quedan los “usuarios” -como habitualmente se les llama-, esos pacientes enfermos, a la expectativa de un trámite de contratación, cuando no existe entre los prestadores y aseguradores, pagos, limitaciones, cierres de servicios, cancelación de citas y procedimientos, quienes en forma masiva acuden a los servicios de urgencias, intentando solucionar estas expectativas, se vuelve entonces el médico clasificador de pacientes en unidades de urgencias, especialmente de unidades de alta complejidad, el hilo más delgado que se rompe entre los prestadores y los aseguradores, colocándolos en

un alto riesgo jurídico, pues sus dudas, equivocaciones, omisiones y limitaciones, ponen en riesgo un bien jurídicamente tutelado como es la vida, representado en la prestación de servicios de salud.

Este desbordamiento de pacientes, buscando atenciones de mayor complejidad por parte de especialistas o de realización de ayudas diagnósticas de alta tecnología o complejidad en los servicios de urgencias, hacen que la clasificación de los mismos sea cada vez más exigente, para su debida ubicación en los respectivos niveles de complejidad de atención, lo cual explicaremos más adelante.

Esto nos ha llevado al direccionamiento desde las unidades de clasificación de pacientes (triage) del tercer nivel de complejidad al segundo, primer nivel, así como a unidades de consulta básica.

El estado de salud, de los pacientes quienes acuden a las unidades de urgencias de alta complejidad, pone en riesgo de equivocarse a los profesionales de salud quienes realizan la clasificación (triage) pues depende de las patologías a valorar, su evolución en el tiempo y su presentación clínica, es muchas veces cambiante, el poco tiempo que tiene el médico juega en su contra, para discernir si la enfermedad con la que llega el paciente, su estado general, sus signos clínicos, sus antecedentes, no van a alterarse después del direccionamiento a otras unidades menos complejas o si el nivel de priorización dado para la atención en la misma unidad no cambia a niveles críticos de atención emergente, configurando una situación de riesgo de error para el profesional que realiza dicha clasificación.

La Resolución 5596 de 2015 “Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage" (Ministerio de Salud y Protección social, 2015) fue adoptada por el Ministerio de Salud colombiano como norma para la realización de dichas clasificaciones, pero es un sistema basado en sistemas de salud de países más desarrollados y con modelos de salud diferentes al colombiano, sistemas de contratación diferentes, lineamientos legales diferentes, vías de acceso diferentes y muchas veces educación a sus asociados sobre criterios de atención de urgencias, niveles de atención y sedes de atención previamente asignadas.

Plantea esta resolución una escala de 5 categorías para el Triage: una primera categoría emergente, con atención inmediata; una segunda categoría urgente, con atención en los 15 minutos siguientes a la clasificación; una tercera categoría no urgente ni emergente, pero de requerimiento de acciones en la unidad clasificadora por posibles riesgos en la primera hora o en el promedio de atención que se ha determinado, luego de evaluar en cada unidad los respectivos tiempos de atención que se han requerido históricamente para la atención de los pacientes clasificados en esta categoría; la cuarta categoría, prioritaria, para manejo en consulta externa; y una última categoría, que define criterios no urgentes.

Trae esta situación posibilidad de daño, aumento de los costos en la atención en salud y un gran riesgo por las quejas de los pacientes y las posibles demandas por falla en el servicio al momento de realizar una clasificación y presentarse posteriormente alguna alteración del estado de salud o complicación no esperada, que con las condiciones dadas, es de altísima probabilidad.

En este orden de ideas, el escenario propuesto anteriormente muestra que dichos servicios de salud tienen varias solicitudes de atención, reflejadas en los pacientes en las salas de espera, con tiempos cortos para escuchar, evaluar y tomar una determinación de ingreso para esos pacientes a los servicios de alta complejidad, se da la presencia de mujeres, adultos mayores, gestantes y menores, a su vez los médicos tienen límites en espacio, tiempo, personal asistencial, requiriendo muchas veces elegir “los más enfermos de los muy enfermos” una de estas instituciones que se enfrenta a esta problemática es el Hospital General de Medellín.

Conforme a lo descrito con antelación, a su vez, se vislumbra la necesidad de identificar si se genera o no responsabilidad estatal al momento de clasificar a los pacientes (triage) por ello, surge la pregunta que nos guiará durante esta investigación a saber: ¿Genera responsabilidad del Estado la falla en la clasificación de pacientes (Triage) en la Empresa Social del Estado Hospital General de Medellín, “Luz Castro de Gutiérrez” unidad hospitalaria de alta complejidad de la red de atención pública de la ciudad de Medellín?

Corresponde a un abogado con conocimientos en el modelo de salud colombiana y con expectativas de especialización en áreas de responsabilidad médica, o a un clínico con conocimientos de la norma, evaluar los posibles escenarios, proponer mejoras, trabajar en la disminución del riesgo jurídico para los profesionales de salud que realizan Triages y clínico para los pacientes que requieren de dicha actividad médica. De este modo se aportan conocimientos de una situación en salud requerida en Colombia, por algunos pacientes y cientos de profesionales, situación, que pasa muchas veces desapercibida desde el riesgo laboral, social y clínico, por ello, se deben realizar propuestas de mejoras de servicios en salud y de apoyo desde las unidades jurídicas hospitalarias, revisando un tema poco frecuentado desde la responsabilidad en la atención de pacientes clínicamente enfermos y desde lo legal en atenciones de salud.

Es por eso que nos encargaremos de definir el Triage, un poco de su historia en el mundo, ver modelos usados para elegir el Colombiano, su normatividad, su aplicación en el Hospital General de Medellín, Institución de salud, de salud de alta complejidad en salud, donde labora desde hace varios años uno de los autores del trabajo y ver cómo se realiza el triage en dicha institución, su acercamiento a procesos legales en el derecho colombiano y definir si realizar dicha actividad de atención en salud, ofrece algún riesgo jurídico para los profesionales médicos que lo realizan en esta Institución prestadora de salud que puede ser aplicada y valorada en el modelo de atención en salud de urgencias en Colombia.

Capítulo 1 ¿Qué es el Triage?

1.1. Definiciones

El término Triage o triage es un neologismo adoptado del francés (Soler, Gómez, Bragulat y Álvarez, 2010). Triar es la acción de elegir, seleccionar, escoger, clasificar. Fue utilizado en los campos de batalla durante las guerras, para la selección de heridos, valorando sus heridas y la posibilidad de supervivencia (Vásquez, Muñoz y Ramos, 2019), en Colombia con la entrada en vigencia de la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Colombiano “Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage", queda definido desde la norma, su adecuada escritura no de triaje sino de triage, palabra que asumiremos como correcta por su definición desde la norma (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015).

Es la denominación con la que conocemos hoy en día en los hospitales y unidades de urgencias, para definir el orden de atención y asignar adecuada y rápidamente los recursos que va a recibir un paciente antes de que reciban la asistencia precisa y hacer más oportuna y precisa la atención de pacientes, evitando demoras en la atención y disminuyendo el riesgo de complicaciones (Vergara y Galiana, 2008).

Es un concepto ampliamente usado en la medicina actual en casi en todo el mundo (Icart, Icart y Garolera, 2012), con las variaciones entre modelos dependiendo de los países, sus sistemas salud, la tecnología y desarrollo que se tenga a la mano, además de personal especializado con el que se cuente.

Según Madera (2017), el triage es una invención realizada en los campos de batalla por médicos cirujanos, dicho descubrimiento se realizó hace más de 200 años y al día de hoy cuenta con plena vigencia. Normalmente es una actividad o practica que se pone en marcha, como se hacía en la antigüedad, por razones que desbordan las situaciones ordinarias donde el control de los pacientes era aceptable. Estas situaciones que llevaron a que en las guerras napoleónicas surgiera este concepto fue la adversidad y el caos en los campos de concentración donde, ante la alta demanda de soldados heridos,

los médicos no estaban dando abasto, y fue así que se determinó que se debían atender a través es un médico clasificador que normalmente era un cirujano de guerra quien valoraba que persona tenía más posibilidades de sobrevivir y así se tendría un control más efectivo y se podría atender a quienes se fueran a salvar dando prioridad sobre las quien tuviera menos posibilidades

Es en este sentido que el triage, con el pasar de los años, ha adquirido un significado más formal y estructurado, más conocido y aceptado en el mundo de la medicina. El triage hoy es *conocido como un andamiaje*, dentro de un conjunto de modelos, todos diferentes dentro de un marco común que es la medicina y más específicamente, la medicina de urgencias (Vergara y Galiana, 2008).

El triage se divide en modelos según los países donde vaya a ser aplicado y según las características del mismo (Alpizar, 2014). En palabras universales, es un sistema de clasificación de pacientes donde médicos, enfermeros, profesionales y tecnólogos en el área de la salud, a través de sus conocimientos o experiencias, pueden emitir conceptos o dictámenes.

Además, este personal idóneo, a través de la revisión física de las personas que están sufriendo alguna afectación a la salud, traumas, eventos inesperados que por su gravedad necesitan una atención prioritaria y urgente porque de lo contrario se puede ver comprometida su vida o en general cualquier situación que implique un riesgo para su salud.

Según Miro (2016), se realiza una selección para que por medio de una valoración precisa, en un contexto básico y rápido, pero completo y eficiente, puedan priorizar los tiempos de atención, se pueda obtener la información a través del conocimiento sobre qué pacientes en verdad requieren, por sus características concretas, una mayor priorización en la atención según su necesidad y urgencia, y así lograr un acceso efectivo a los recursos en salud.

Por medio del triage se permite separar y adquirir, de manera rápida, información detallada sobre qué pacientes necesitan con más urgencia acceder a los sistemas de asistencia concreta, como es el caso de una especialidad específica de la medicina, una cirugía, exámenes, radiología o cualquiera sea el caso que por sus características tenga la

connotación de urgencia o revista algún riesgo notorio para su supervivencia, de los pacientes que no necesitan con tanta urgencia la prestación de dicho servicio.

De igual manera, la atención se prestará como una garantía fundamental de todas las personas, pero con la experiencia de los clasificadores es posible tratar de descartar los pacientes que no tienen ninguna afección que pueda ver su vida o salud comprometida y que, por tanto, puede esperar un poco más de tiempo para ser atendido (Fernández, 2006).

Es de anotar que el triage es un sistema de clasificación de pacientes que nació pre hospitalario y que lo que busca, fuera de valorar y priorizar atenciones en salud (Montero, Domínguez y Gómez, 2013), es poder realizar una descongestión de las salas de urgencias a través de dictámenes médicos rápidos que permitan la prestación de un servicio más eficaz y así poder dar el mejor aprovechamiento a los recursos con los que se cuentan, evitando la saturación de las salas de urgencias por la masiva ocupación de pacientes en determinados casos y días de mayor afluencia de pacientes a los servicios de urgencias.

Hay importantes planteamientos aportados por el personal de salud que ha realizado triage, los cuales nos otorgan una precisión importante a tener en cuenta a la hora de realizarlo y entender su significado y relevancia, para la medicina actual y su proyección hacia el futuro (Baker y Strosberg, 1992).

Se ha logrado a través de la experiencia de equipos médicos de triage una connotación precisa al significarnos qué virtudes debe tener este sistema de clasificación para ser exitoso y cumplir con los fines propuestos. Para que sea eficaz, siempre debe tener una serie de parámetros inviolables e irrevocables:

Una atención Rápida. Para así evitar retrasos en la valoración de los otros pacientes que con más urgencia necesitan de priorización, no aceptando bajo ninguna circunstancia demoras con los pacientes que ya tienen un estatus de clasificados,

adquiriendo un paciente esta calidad deberá seguirse con el proceso y la sucesión de eventos para así poder valorar a los otros pacientes (Reséndiz, Estrada y Quezada, 2006).

Una atención completa. Por más que las salas de urgencias se encuentren congestionadas -como ocurre a diario-, ningún paciente puede salir del hospital sin tener una valoración médica, pues sin previo aviso su estado de salud podría desmejorar y podría hasta devenir en la muerte o lesiones graves que, en la gran mayoría de los casos, con la valoración se podrían inferir (Reséndiz, Estrada y Quezada, 2006).

La atención debe ser precisa. Es normal que los médicos clasificadores presenten dudas al atender determinados casos que revisten una complejidad mayor a lo habitual, pero es su deber como médico clasificador de pacientes, agotar todos los recursos que tenga a su disposición, como acceder a conceptos de otros profesionales, estudios diagnósticos, radiología o valerse de cualquier alternativa para mitigar la duda existente. Si por algún motivo no se logra evacuar la duda y definir el nivel de clasificación del triage, se deberá entonces clasificar al paciente en una categoría más grave, en nivel de emergencia o urgencia de atención prioritaria, ya que la rectificación no siempre será posible (Vergara y Galiana, 2008).

El sistema de salud en Colombia, implementado por la Ley 100 de 1993, ha sido modificado por multitud de leyes, acuerdos del consejo de seguridad social en salud, decretos, resoluciones, circulares. Puede decirse que dicha ley se encuentra transformada desde su razón inicial y plantea un gran reto tanto para quienes legislan sobre ella o litigan basados en ella, como para los que trabajan acorde a los direccionamientos y normas allí incluidas, además de la población sobre quien recae específicamente el alcance y poder de dicha normatividad.

En el sistema de salud Colombiano, actualmente, el triage se utiliza en los servicios de urgencias para la selección de pacientes que van a ingresar a las diferentes unidades dependiendo de su nivel de complejidad. Buscan entonces atender el paciente indicado, en el sitio indicado, suministrando los medios necesarios indicados.

La llegada de la Ley 100 de 1993 cambió el modelo de atención colombiano, aumentó la cobertura en salud para la población en los diferentes estratos, especialmente los más bajos, pero sin una adecuada planeación de la financiación de este sistema, lo que

pone en serias dificultades económicas y de contratación a los diferentes actores, tanto los aseguradores (Entidad Promotora de Salud, EPS, ahora Entidades Encargadas de los Planes de Beneficio, EAPB como los prestadores (Instituciones Prestadoras de servicios de salud, IPS).

Esto ha provocado un desbordado incremento de la demanda de asistencia en los servicios de Urgencias, por parte de los pacientes afiliados a dichas aseguradoras de los diferentes niveles de complejidad, siendo los de mediana y alta complejidad los más solicitados, pues los pacientes intentando llegar a servicios especializados o ayudas diagnósticas de mayor complejidad, congestionan los servicios de urgencias en la búsqueda de atenciones en salud, que por los medios normales (el sistema de referencia y contra referencia de pacientes diseñado en la ley 100 de 1993, para llegar a atenciones de mayor complejidad), se hace prolongado y difícil conseguir.

1.2.Nuestra definición de Triage

Después de laborar más de 20 años, en unidades de urgencias de los diferentes niveles de complejidad del sistema de salud y viendo de cerca sus oportunidades y carencias, nos atrevimos a dar una visión propia de la definición de triage: La finalidad del sistema de clasificación –Triage- es operativamente seleccionar los pacientes que llegan a un servicio de urgencias, independiente de su complejidad, disminuir el tiempo de atención en caso de estar comprometida la sobrevida o la funcionalidad, para brindarle los elementos humanos y técnicos, incluidos tiempo de atención más rápidos o priorizados, sea dicha atención básica y/o avanzada, requerir soporte vital, ayudas diagnósticas, ingreso temprano por especialidades o llegada a procesos quirúrgicos, requerimientos de unidades de mayor complejidad o de alta dependencia, con un objetivo, meta o fondo definido, y así disminuir el riesgo de muerte y complicaciones de los pacientes críticamente enfermos.

Si disminuimos en las unidades de atención de alta complejidad públicas el riesgo de muerte y complicaciones por acertar en brindar oportuna y rápidamente esas atenciones, se disminuye también el riesgo legal por falla en el servicio en que se ven

comprometidas dichas instituciones de salud públicas, por el accionar de sus agentes, por lo que el triage es un elemento de vital importancia en el inicio de las atenciones de salud urgentes o no, que pueden estar sometidas a gran posibilidad de equivocación, por la preparación del equipo que lo realiza, por la disponibilidad de servicios de atención, por el estado general del paciente, porque muchas patologías (enfermedades) son dinámicas y pueden evolucionar, sin mostrar claros parámetros de deterioro a catástrofes clínicas.

1.3.Sus orígenes

Gran parte de los desarrollos tecnológicos e intelectuales han sido creación o invención de la pre guerra, guerra o posguerra, dejando para la humanidad avances considerables en distintas disciplinas o áreas de conocimiento, como es el caso de la medicina (Madera, 2017).

De la guerra se toman muchos de los pensamientos de los primeros médicos y teóricos que hoy en día se han vuelto vitales para la medicina contemporánea que como arte milenario se ha servido de conceptos, prácticas, y diferentes posturas acuñadas desde el principio de la historia misma, creciendo estos al mismo tiempo que lo ha hecho la humanidad, alcanzando límites no imaginados hasta el día de hoy, donde el desarrollo tecnológico e inversionista del hombre se ha destacado por alcanzar niveles de desarrollo intelectivamente exorbitantes (Fernández, 2006).

Según Miro (2016), desde el año 1800 el triage ha tenido complementos, modificaciones y adiciones, procurando agregar un mayor campo de acción a dicha actividad como la que se dio en el año 1827, cuando el médico John Wilson, nacido en Inglaterra, realizó lo que llamamos hoy en día **clasificación o valoración de pacientes**, dando así una verdadera apreciación literal al término francés de donde se toma esta práctica “trier”, que significa clasificación. A este médico cirujano se le atribuye un gran y significativo avance: él acotó que todos los cirujanos deberían hacer un proceso de valoración teniendo en cuenta el factor de éxito de la intervención o la probabilidad de que los pacientes se salvaran con dicho procedimiento, queriendo significar que no se debería perder tiempo con casos que a todas luces fueran imposibles y que por su

relevancia podrían hacer perder tiempo crucial para poder salvarle la vida a otros pacientes con más posibilidades, depositando una alta responsabilidad en los clasificadores .

Se aprendió también a valorar la necesidad de atención de salud de un paciente con respecto a otro, para así discernir qué persona tenía mayor necesidad de ser tratado con urgencia, estas apreciaciones de la valoración de las necesidades de los pacientes se dieron en una época donde estaba en todo su furor la guerra de independencia de Grecia y la mayoría de lo que estamos tratando, se refiere nuevamente a condiciones extremas de guerra, donde habían muchos heridos a causa de estos sucesos independentistas.

Una de las diferencias más relevantes con la primera vez que se trató en el año 1800 es que en 1827 si se realizó una clasificación como tal y una categorización entre heridos leves, heridos graves y fatales, según la necesidad de atención, siendo esto uno de los hitos para lo que conocemos como triage en la actualidad (Vásquez, Muñoz y Ramos, 2019).

Como se ha mencionado antes, los avances más considerables de la medicina se han dado en aras de la guerra y tres de los más considerables avances y que hoy en día han dado el soporte para los nuevos modelos y logros del sistema triage, fueron correspondientemente en las más violentas guerras de las cuales se tengan conocimiento, en tanto fue la situación caótica que se vivió en cada una de ellas a causa de los heridos en combates, soldados y población civil lo que permitió encontrar una salida y la consolidación tecnológica y de sistemas de salud en el mundo.

Primera guerra mundial (1914-1918): Según Baker y Strosberg (1992), hasta este momento se venían realizando los triages o valoraciones en los campos de batallas, dando clasificación e importancia a los heridos y mirando las posibilidades que tenían para sobrevivir. También se les ofrecía un tratamiento primario y se ponían en espera a los que tenían más posibilidad de salir adelante de sus heridas y a los que no, se les trataba inmediatamente buscando salvaguardar su vida. Ya en los días de la primera guerra mundial hubo un considerable cambio con relación a al método que se venía utilizando hasta entonces y fue que se empezaron a considerar importantes los traslados a hospitales,

ya la extracción se volvió una opción viable, rápida y segura, gracias a la existencia de los medios motorizados, mejor conocidos como ambulancias.

Segunda guerra mundial (1939-1945): Según Baker y Strosberg (1992), mientras se iban consolidando avances desproporcionados en materia armamentística, también la medicina y el concepto triage mostraron unos de los más considerables desarrollos hasta ese momento. Con la incursión del personal médico ya más especializado, medios tecnológicos más desarrollados y unos gigantes avances en la medicina, y contando ya con la experiencia del conflicto bélico anterior, en esta guerra no quedaba más que dar un paso determinante: en los campos de batalla ya no solo se daba clasificación de pacientes, el traslado de los heridos, sino que además se crearon las unidades móviles de campo, o sea que los pacientes tenían más posibilidades de ser atendidos inmediatamente, sin mencionar que para ese momento ya estaba en su álgido furor la penicilina y los métodos de clasificación más avanzados, gracias a que los profesionales de la salud estaban en los campos de concentración para prestar sus servicios y dar conceptos de valoración más precisos propugnando por la salvaguarda de la vida de los combatientes.

Guerra de Corea (1950-1953): Según Baker y Strosberg (1992), en este conflicto bélico se incorporó uno de los métodos más eficaces hasta el momento para la evacuación de heridos de los campos de batalla y el posterior tratamiento en los centros asistenciales (hospitales) o en los centros móviles de salud.

Para comprender los beneficios del triage durante las guerras basta el siguiente dato: el tiempo medio desde que un soldado era herido hasta que recibía un tratamiento adecuado descendió de 12-18 horas durante la Segunda Guerra Mundial a 2-4 horas en la Guerra de Corea y a menos de 2 horas en la Guerra de Vietnam. Durante las siguientes décadas estas experiencias militares fueron aprovechadas en beneficio de la población civil en situaciones de emergencia, siendo a partir de la década de los noventa cuando se iniciaron los trabajos para realizar escalas de triage universales (Veatch, 2005, p. 32)

1.4. Modelos en el mundo de clasificación de pacientes (triage)

Según Vergara y Galiana (2008), los modelos de triage constituyen un avance en el mundo de la medicina, porque por medio de estos muchos países han podido crear un método más efectivo para lograr llegar a los pacientes que más lo necesitan sin llegar a un colapso de los sistemas de salud (salas de urgencia) por el alto flujo de pacientes, cada uno con necesidades especiales y con urgencia de tratamiento. Es así que al pasar los años algunos países avanzados en el tema de la medicina, como España, Estados Unidos, Inglaterra, y Australia, entre otros, han logrado crear sistemas o modelos de triage a los cuales otros países se han adherido y así implementan una mayor cobertura para pacientes y un mejor aprovechamiento de los recursos de salud identificando que personas tienen más necesidad de hacer usos de los **recursos, propendiendo por dar una atención oportuna a los pacientes que más lo necesitan.**

El objetivo principal de la implementación de los modelos de triage en el mundo ha sido poder clasificar efectivamente, y a través de escalas de síntomas, la prioridad con que deben ser atendidos los pacientes.

Los tipos o modelos de triage son variados dependiendo del número de víctimas, entrenamiento del personal, hospitales de referencia (número y distancia), pero todos ellos hacen referencia a una clasificación según la gravedad de la víctima. Se acepta internacionalmente la clasificación según códigos de colores: rojo, amarillo, verde y negro (Vergara y Galiana, 2008, p. 8).

Cada modelo atiende a las necesidades de salud pública que estén enfrentando los países que lo apliquen, es por esto que si en un país, según los estudios sanitarios que se realicen, se dan cuenta de que hay una enfermedad que por sus características o las implicaciones que genere sobre la población, puede ser generadora de una urgencia, entonces se verifica el modelo que se está aplicando actualmente en el país y a que escala de sintomatología se puede adherir, esto implica un mejor cubrimiento logístico y diagnóstico de los pacientes, además de una mejor distribución de los recursos asignados para la atención en salud y sobre que personas recaerán los mismo de acuerdo con su necesidad (Aurenque, 2020).

1.4.1. Modelo Andorrano de Triage (MAT)

Según Vásquez, Luna y Ramos (2019), el MAT es un sistema de clasificación que fue creado en el año 2000. Es uno de los sistemas de triage de urgencias más utilizados en el mundo, adaptado a las necesidades de cada país donde vaya a ser aplicado. Basa su estructura básica en el estudio de síntomas y diagnósticos, esto lo hace a través de formatos electrónicos para facilitar el estudio y posterior aplicación

El MAT es un modelo integrador de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de triage de 5 categorías, a los que aporta aspectos de revisión y adaptación a nuestro entorno sanitario, constituyéndose en un modelo aplicable, con objetivos operativos asumibles y propuestos como indicadores de calidad, válido, útil y reproducible (Vásquez, Luna y Ramos, 2019 p.5.)

Uno de los puntos más destacables de este modelo tan trascendente es que se realiza un triage en 5 niveles de priorización, con sus divisiones, en niveles, colores, categorías de atención clínica y tiempo de atención. Para esto se maneja una historia clínica electrónica y para todo el proceso de clasificación se utilizan modelos tecnológicos y de sistemas, constituyendo este modelo (MAT) un sistema de avanzada en la medicina, que cuenta con altos estándares de calidad (Gómez, Boneu, Becerra, Albert, Ferrando y Medina, 2006).

Tabla 1. Cuadro comparativo modelo andorrano (Estándar Catalán de Triage)

<i>NIVEL</i>	<i>COLOR</i>	<i>CATEGORÍA</i>	<i>TIEMPO DE ATENCIÓN</i>	<i>TIEMPO EN MINUTOS</i>
1	AZUL	REANIMACIÓN	INMEDIATO	
2	ROJO	EMERGENCIA	INMEDIATO ENFERMERÍA	7 MINUTOS MEDICO
3	NARANJA	URGENTE		30 MINUTOS
4	VERDE	MENOS URGENTE		45 MINUTOS
5	NEGRO	NO URGENTE		60 MINUTOS

Fuente: Elaboración Propia basado en (Vásquez, Luna y Ramos, 2019)

1.4.2. Modelo español de Triage (SET)

Este modelo o sistema de clasificación de pacientes es una compilación del modelo andorrano de triage (MAT) (Serrano, 2014). Según Serrano (2014), es aceptado en la mayoría de países de Europa por ser el más avanzado hasta el día de hoy, por eso en el año 2003 fue el sistema adaptado para ser el aplicable en toda España gracias a las bondades y por estar estructurado en un sistema de historia electrónica que generaba mayor confiabilidad y se prestaba a no dejar las valoraciones a la subjetividad. Este modelo, al igual que su predecesor, basaba la clasificación en 5 niveles de urgencia, donde es claramente visible y previamente superpuesto los tiempos según cada situación que se pueda presentar (Medina, Ghezzi, Figueredo, León, Rojas y Recalde, 2007).

Cualidades del sistema español de triage SET

- Identificar el riesgo en el que se pueda ver comprometida la vida o la salud de los pacientes.
- Analizar qué tipo de urgencia tiene el paciente y priorizar el tiempo de atención, tratando en todo caso de salvaguardar su vida.
- Por medio de la historia clínica global, darles el debido seguimiento a los pacientes.
- Crear zonas adecuadas para tratar a los pacientes según el cuadro médico presentado.
- Descongestionar las salas de urgencias teniendo siempre la claridad de que es una urgencia vital y que no lo es, pero en ningún momento negando el acceso a los pacientes al sistema de salud sino priorizando y, de no ser urgencia vital, remitiendo y dando seguimiento (Jiménez, 2011).

1.4.3. Modelo de Triage americano (ESI) Emergency Severity Index

Este modelo de clasificación nació en los Estados Unidos de norte América en el año 1998, y fue creado por dos médicos de urgencias (Medina, Ghezzi, Figueredo, León, Rojas y Recalde, 2007). Este sistema se ha esforzado por clasificar de manera exacta el índice de la emergencia que está enfrentando el paciente para, de acuerdo con su gravedad, lograr una efectividad mayor en la respuesta médica en urgencias. El método utilizado por este sistema de triage del ESI es el de algoritmos que permite que se realice rápidamente una separación por pisos, según nivel de gravedad o complejidad (Medina, Ghezzi, Figueredo, León, Rojas y Recalde, 2007).

En el ESI también se utilizan los 5 niveles de complejidad que utilizan los otros modelos antes mencionados, pero aquí como punto relevante se busca otorgar al paciente según la necesidad que este tenga la utilización o acceso a los recursos disponibles. Es de anotar que esto se hace con altos estándares de valoración y clasificación para poder acceder y así determinar en cual estratificación queda el paciente y su posterior tratamiento hospitalario (Vásquez, Luna y Ramos, 2019).

Cuando este sistema se implementó en el año 1998 se realizó un plan piloto en solo dos hospitales universitarios en estados unidos, tras el rotundo éxito y tras comprobarse la efectividad del modelo, se implementó en otros 5 hospitales para el año 2000 (Hidalgo, Martín, Moreno y García, 2007). Este modelo fue constituido por medio de las experiencias de médicos y enfermeros, administradores, profesores y en general un grupo multidisciplinar de investigadores que a través de la experiencia y el estudio juicioso pudieron dar fe de la efectividad del triage, además de cómo es la forma más idónea de realizarlo, razón por la cual a través de un manual publicado por el grupo fundador del ESI, se trató de implantar el conocimiento en los profesionales de la salud y ese fue el surgimiento del más avanzado sistema de clasificación de triage hospitalario (Hidalgo, Martín, Moreno y García, 2007).

Capítulo 2 El Triage en Colombia

1.5.2.1. Antes de la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Antes de la expedición de la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Colombiano, se utilizaba en las unidades de urgencias, un modelo de triage de 4 niveles, que combinaba a la prioridad asignada un color para determinar e ilustrar sobre su nivel de complejidad a los operadores de los diferentes servicios de urgencias y un tiempo máximo en el que se esperaba se lograra la adecuada recepción y atención de los diferentes pacientes.

- Nivel I: Paciente crítico. Color: rojo. Riesgo vital: inmediato. Tiempo de espera para la atención: de 0 a 10 minutos.
- Nivel II: Emergencia. Color: naranja. Riesgo vital: no inmediato. Tiempo de espera para la atención: entre 10 y 60 minutos.
- Nivel III: Menos urgencia. Color: verde. No existe riesgo potencial. Tiempo de espera para la atención: entre 60 y 120 minutos.
- Nivel IV: Color: azul. Situaciones no urgentes. Tiempo de espera para la atención: más de 120 minutos.

En este modelo de clasificación se podían hacer algunas anotaciones importantes: En el nivel I, de paciente crítico, se daba un tiempo de espera de 0 a 10 minutos, en dicho lapso, un paciente críticamente enfermo o poli traumatizado, con sangrado activo, con trauma severo, con dificultad respiratoria, podía fácilmente fallecer, pero se amparaba ese tiempo de espera de hasta 5 minutos para iniciar la atención.

En el nivel II, no era específico ni preciso al determinar: Riesgo vital no inmediato, que pudiera determinarse como no inmediato Y un tiempo de atención de 10 a 60 minutos, es demasiado largo.

En el nivel III, determinar “menos urgente” sin riesgo “potencial” no era específico para determinar claramente que patologías cabían en dicho rango que, además, como en el nivel anterior, atención entre 60 y 120 minutos se volvía un tiempo demasiado largo.

En el nivel IV, situaciones no urgentes, determinaban infinidad de requerimientos no solo clínicos sino de tipo administrativo, y su tiempo asignado era infinito, “más de 120 minutos”.

2.2. La llegada del nuevo modelo de Triage

Desde el 24 de diciembre de 2015, Colombia, a través de la Resolución 5596 del Ministerio de Salud y Protección Social, “por la cual se definen los criterios técnicos para el sistema de selección y clasificación de pacientes en los servicios de urgencias “trriage”, cambia el modelo de clasificación en los servicios de urgencias de 4 a 5 niveles, ya no se determina por colores y los tiempos de atención son más exigentes y precisos, así como la clasificación de los 2 primeros niveles de atención, que definen una atención exigente en tiempo, y prestaciones sin permitir dudas o imprecisiones, como pasaba en el modelo anterior (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015).

En triage I, la determinación de la atención no da tiempos tan “largos” como en el sistema de clasificación anterior que era de 0 a 10 minutos para iniciar la atención, ahora es atención “inmediata” y no requiere de ningún factor clínico ni administrativo, el paciente llega y se atiende de inmediato, máximo de 5 minutos para iniciar su adecuado manejo, la clasificación escrita del paciente generalmente se hace después de la estabilización del paciente, aquí corresponde al médico clasificador adelantar todas las estrategias de traslado inmediato, atención inmediata, requerimiento de tecnologías o prestaciones que ayuden a mantener el paciente crítico estable.

El Triage I no tiene relevancia en nuestro análisis, son pacientes que por su complejidad y criticidad, requieren de ser atendidos inmediatamente, allí el riesgo de falla por clasificación no existe.

En el triage II se cambia el concepto de especificidad, en tanto ya no es riesgo vital no inmediato con tiempos de 10 a 60 minutos, ya que se está ante un paciente que puede inestabilizarse, se considera altamente riesgoso y su atención no debe tardar más de 30 minutos en hacerse.

En el triage II, la responsabilidad por falla en la clasificación tampoco existe, son pacientes aceptados para atención, que por factores que se escapan al manejo del clasificador, no pasan a atención, pero desde el triage son aceptados siempre.

El triage III sigue siendo un nivel de clasificación que siempre ha ofrecido riesgo, tanto para el paciente como para el clasificador y la unidad de urgencias, antes se consideraban “sin riesgo potencial” y se les atendía entre 1 y 2 horas después de la clasificación, la dinámica del triage y la complejidad de muchas patologías (enfermedades) podían poner inestable el paciente y configurar un riesgo potencial, eran los pacientes que reingresaban, algunas veces con complicaciones severas asociadas a su enfermedad previamente consultada.

En el triage III actual, se especifica que requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias, sin embargo, abre el abanico de opciones para ser redireccionado a unidades de urgencias de menor complejidad en hospitales de mediana o baja complejidad. Por la dinámica de las enfermedades son pacientes que pueden entrar en descompensaciones de ese aparente estado clínico estable y causar el riesgo elevado de falla al complicarse el paciente.

Dejamos para el final el análisis del Triage III.

En el Triage IV se disminuye el riesgo de la clasificación, pues la estrategia establecida por la alcaldía de Medellín para llevar estos pacientes a consultas priorizadas, les permite ser valorados por profesionales de salud, en atenciones oportunas y allí definir atenciones en salud.

Entró a operar desde hace 3 años, por la congestión de los servicios de urgencias en niveles de mediana y alta complejidad, la plataforma CIGA, que se encarga de la asignación de citas médicas ambulatorias o de ubicación de urgencias de menor complejidad en la red de atención para ello destinadas, está financiada por la alcaldía de Medellín y operada por la EPS savia salud, que reubica sus usuarios y vende este servicio a otras aseguradoras con pacientes en el área metropolitana.

El triage V no amerita ningún análisis especial, son atenciones no urgentes que no requieren de ningún tipo de actividad en las unidades de urgencias (Hospital General de Medellín, 2019).

Los niveles IV y V son pacientes que pueden ser valorados por atenciones priorizadas en la red de atención y descongestionar urgencias o ser dirigidos a trámites administrativos por no requerir atenciones urgentes; en este último punto se diferencia del modelo anterior, que consideraba en general atenciones no urgentes y enviaba a los pacientes a buscar consulta externa (que ahora se asigna) o a solucionar trámites administrativos, y no diferenciaba entre ambos (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015).

2.2.1. ¿Por qué Clasificación en cinco categorías numéricas?

Es evidente que Colombia se adhirió a los modelos de clasificación en el mundo que vienen actualizándose desde hace 25 años, mucho antes de entrar en vigencia la resolución, y llama la atención que toma elementos de diferentes sistemas de clasificación, como el andorrano, el ESI americano, el modelo Español, sin embargo, las

condiciones de aseguramiento de los diferentes países, sus tecnologías, su legislación, difieren muchísimo con el modelo Colombiano.

En algunos de los países citados, los sistemas de clasificación son realizados por operadores clínicos que son entrenados en manejo de multitud de lesionados y especializados en clasificar pacientes, además de que educan su población para saber determinar qué nivel de atención requieren consultar, de acuerdo a la posible complejidad de su enfermedad o lesión, los derechos y deberes a observar en las unidades de atención, los alcances de su aseguramiento y los sitios asignados para su atención.

Se requiere citar los cinco (5) niveles de clasificación de la actual resolución y hacer una apreciación basados en la experiencia de haberlo realizado desde la entrada en vigencia de la misma (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015):

Triage I: Requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015, p.2).

En el 100% de los casos de pacientes con clasificación triage I, se debe escribir dicha clasificación para que quede el adecuado registro, lo cual se hace después del ingreso del paciente en tanto prima estabilizar al paciente, quien es llevado a salas de reanimación o de atención inmediata, por ser una real urgencia, en tanto se les considera como una emergencia clínica.

Triage II: La condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte, o incrementar el riesgo para la pérdida de un miembro u órgano, por lo tanto, requiere una atención que no debe superar los treinta (30) minutos. La presencia de un dolor extremo de acuerdo con el sistema de clasificación usado, debe ser considerada como un criterio dentro de esta categoría (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015, p.2).

Corresponden a un número moderado de pacientes, que deben ser atendidos con la respectiva prontitud y pertinencia por su urgencia o patología a tratar. El médico de

triage está informando a los médicos de atención si hay cambios en el estado inicial de salud o si va a requerir una atención más pronta de lo esperado para este nivel de clasificación. Si el primer nivel de clasificación es emergencia, este nivel es Urgencia.

Triage III: La condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa.

Caben en este nivel de priorización, los pacientes con patologías recientes, como heridas o traumas, pero también pacientes con patologías previas o crónicas, con riesgo aumentado de descompensación en caso de no ser intervenidos con prontitud.

Son la gran mayoría de pacientes que consultan las unidades de urgencias, muchos de estos pacientes pueden ser atendidos sin tener complicaciones en unidades hospitalarias de menor complejidad, se hace redireccionamiento de ellos por la plataforma CIGA (Centro Integrado de Gestión de Acceso en salud) estrategia planteada por la Secretaria de Salud de Medellín, ante la petición de los directores de unidades de atención de urgencias de alta complejidad, para la descongestión de los servicios de salud, se montó el centro de operaciones en el edificio Zacatín en la calle San Juan con Junín, y es operado por la Empresa prestadora de servicios de salud Savia Salud, quien ofrece dicha colocación de pacientes a otras EPS que operan en la ciudad de Medellín y el área Metropolitana.

, quienes los ubican en dichas unidades, utilizando el sistema de georreferenciación (distancia más corta al punto de atención) o direccionando a las unidades específicas de urgencias de sus empresas prestadoras de servicios, a las cuales estén vinculados.

El cuidado a tener en este nivel de clasificación tiene que ver con la dinámica de la enfermedad o del trauma, un paciente quien puede verse estructural, mental y con signos vitales estables, puede por esta dinámica de la enfermedad, mejorarse o empeorarse, trataremos el tema de los pacientes que pueden empeorar o llegar a colapsar, en el apartado sobre la dinámica del triage.

Pudiéramos estar hablando de unos pacientes con una urgencia “relativa”, una urgencia “menor”, pero no con condiciones de atención emergente o muy rápida

Triage IV: El paciente presenta condiciones médicas que no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente para la vida o pérdida de miembro u órgano. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015, p.2).

Se debe tener gran experiencia, destreza y criterio clínico para definir este nivel de atención, son redireccionados por la plataforma CIGA (Centro Integrado de Gestión de Acceso en salud) a consultas priorizadas en las redes de atención de sus Empresas Prestadoras de servicios de salud, al salir del servicio de urgencias del Hospital General de Medellín, tienen programación de su atención lista y agendada.

Este nivel de clasificación corresponde a atenciones prioritarias o priorizadas, pero no a urgencias, son pacientes que pueden ser atendidos en la consulta externa de sus unidades básicas.

Triage V: El paciente presenta una condición clínica relacionada con problemas agudos o crónicos, sin evidencia de deterioro que comprometa el estado general de paciente y no representa un riesgo evidente para la vida o la funcionalidad de miembro u órgano (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015, p.2).

Son pacientes sin urgencia de atención, requieren más de procesos administrativos para sus atenciones de salud.

Se les entrega el formato de triage diseñado para informarles hallazgos y criterios utilizados en su clasificación y las rutas o medios para llegar a su atención.

Muchos de estos pacientes en este nivel de clasificación, buscan mejorar la oportunidad en citas con especialistas, autorización de procedimientos que se hacen ambulatoriamente o medicamentos.

2.2.2 Dinámica del triage, ¿un factor de riesgo en contra del médico clasificador?

Se dice en términos médicos, muy coloquialmente, fruto de la experiencia, que en medicina no pueden usarse 2 adverbios: nunca y siempre, pues en la salud y la vida, los eventos asociados a enfermedades se pueden comportar erróneamente en cada persona, asociados a sus factores genéticos, a sus enfermedades previas, a estados nutricionales, a medicamentos que se toman, a la sensibilidad en las respuestas inmunológicas, a las escalas de dolor, a la intensidad del trauma, muchas veces a una cepa de enfermedad diferente a la habitualmente tratada, a malformaciones anatómicas y a otros varios factores, lo que hacen que las clasificaciones de salud en los diferentes servicios de urgencias que es nuestro tema a tratar, puedan tener un gran contenido de incertidumbre, que en algunos casos especiales, se convierten en riesgos reales y afectar la salud de los pacientes previamente clasificados y colocar en riesgo de falla los servicios donde se hacen dichas clasificaciones.

En el caso del triage I, no hay ninguna dificultad, el paciente a quien se le realiza “rompe las puertas de los servicios de urgencias”, su alteración evidente de los parámetros clínicos y el riesgo de muerte o grave compromiso de la salud, hacen que no haya duda en su clasificación, así como en el tiempo en que debe atenderse, pues debe ser inmediato, aquí el riesgo de falla por mala clasificación es prácticamente nulo, no depende de otras variables, el paciente debe ser atendido inmediatamente.

La excepción a este nivel de triage, lo determina la clasificación de triage I que se hace por la Resolución 459 del 2012 del Ministerio de Salud y la Protección Social colombiana, que es la atención a presuntas víctimas de delito sexual, donde la norma coloca a quienes sufrieron esa agresión en las primeras 72 horas, como triage I y después de ese tiempo sin límite de tiempo de presentación del evento como triage II, siendo obviamente criterios muy importantes en la atención en salud, pero muchas veces sin riesgo en el tiempo inmediato de atención.

Los pacientes con clasificación tipo II, también tienen poco riesgo de sufrir complicaciones serias, están por su nivel de riesgo y su clasificación con atenciones

priorizadas y pertinentes en el tiempo, además de estar bajo la supervisión continua y directa de quien realiza la clasificación.

Los pacientes triage III, por las congestiones de los servicios de urgencias y por las características iniciales que presentan al ser clasificados, son muchas veces diferidos a unidades de menor complejidad, pueden por sus enfermedades o sus traumas recibidos aumentar su riesgo de complicarse y volverse un triage II o incluso I o, por el contrario, pasar a mejores condiciones y volverse triage IV, pero como el efecto directo es la complicación en la salud, nos interesa quienes pueden disminuir en su escala de complicación y fueron direccionados a otros niveles o unidades de atención.

Ocurre también con los pacientes clasificados triage III, al igual que con los pacientes triage IV, que son el gran número de pacientes que acuden a los servicios de urgencias, y es allí donde el riesgo puede entrar a correr en contra del personal que realiza las clasificaciones.

Los triages IV y V por sus condiciones clínicas, de valoración, por ser casos de resolución en consulta externa o realización de procesos más administrativos, tienen poco riesgo de complicaciones, pero, como se anotó, “poco riesgo” no significa ningún riesgo, por lo que siempre hay aunque sea un riesgo mínimo.

Toca unir estos factores clínicos a la falta de educación en salud de nuestras comunidades, la falta de oportunidades para atenciones por especialistas, realización de procedimientos o ayudas diagnósticas que congestionan los servicios de urgencias y aumentan el riesgo de quien clasifique pueda equivocarse.

No puede separarse, en el sistema de clasificación de pacientes actual, el contexto clínico de la enfermedad y de esa enfermedad en un paciente determinado por sus condiciones anatómicas, genéticas y de respuesta a las diferentes noxas a las que es sometido y que pueden tener expresión diferente, siendo la misma enfermedad en algunas personas, afectadas por dichas condiciones.

Capítulo 3

Aspectos normativos del triage en Colombia, base constitucional, leyes y otros aspectos.

3.1. Una visión desde la Constitución

Desde el preámbulo mismo de la Constitución Política colombiana, cuando se ordena asegurar la vida de los integrantes de la Nación, uno de los elementos imposibles de desligar allí es indiscutiblemente el tema de salud, pues la falta de salud altera el ciclo vital de cada persona afectada.

En el título I, de los Principios Fundamentales, en el artículo sexto, se empieza a delimitar con mayor especificidad que hay responsabilidad jurídica de los particulares y los servidores públicos, por infringir la Constitución y las leyes, haciendo énfasis en la responsabilidad de los servidores públicos, además por omisión o extralimitación en el ejercicio de sus funciones (Constitución Política de Colombia, 1991).

En el título II, de los Derechos, las garantías y los deberes, en su capítulo I, de los Derechos fundamentales, el artículo 11, señala que “El derecho a la vida es inviolable” (Constitución Política de Colombia, 1991), lo cual entra en conexión directa con el derecho a la salud, pues por la protección que ha recibido desde la Constitución adquiere dos connotaciones: adquiere un rango de fundamental, cuando está en riesgo el derecho a la vida u otro derecho fundamental, por ende es susceptible de amparo a través de la tutela, y, de otro lado, cuando no está en conexión con otros derechos, adquiere el

carácter de prestacional y puede ser exigible a través de otros medios judiciales de defensa, de allí el ingreso ordenado a una Institución de salud independiente del triage realizado, supera por normatividad a la Resolución 5596 de 2015 que ordena y regula el triage en Colombia (Corte Constitucional, 1999).

Se regulan cantidades de normas, alrededor de la Ley 100 de 1993 en su libro de Salud, donde puede definirse el servicio de urgencias y la atención de urgencias como parte integrante del sistema de salud, apareciendo en este espacio legal en salud la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social regulando el triage, que es nuestro tema de trabajo.

1.6.3.2 Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social “Por la cual se definen los criterios técnicos para el Sistema de Selección y Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias "Triage".

Una de las muchas modificaciones al sistema de salud Colombiano la encontramos en la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social, que regula las actividades de clasificación de pacientes en las diferentes unidades de urgencias hospitalarias del país, si bien su estructura es tomada de modelos de atención en salud en otros países, su criterio clínico debería permanecer por encima de criterios técnicos o administrativos, pero el modelo de donde es tomado, es utilizado por operadores del mismo, donde la atención en las diferentes categorías se realiza en el mismo punto donde se hace la clasificación, difiere con los planes de beneficio adquiridos por el tomador de dicho servicio (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015).

En Colombia varia, pues en la mayoría de los casos, debe decirse, no solo depende de la enfermedad o la gravedad del paciente la clasificación de pacientes urgentes, sino también, muchas veces depende de las contrataciones entre la institución prestadora de servicios y la entidad encargada de los planes de beneficio, de la cartera entre dichas entidades, de los compromisos de pago, pues la supervivencia de las

instituciones prestadores de servicios de salud depende del recaudo del pago de dichas prestaciones y, como es bien sabido, en Colombia, muchas entidades encargadas de los planes de beneficio (EPS) presentan serios problemas en la contratación, pagos de sus facturas por prestación de servicios, lo que lleva a la limitación de atenciones a los usuarios de dichos servicios, pero es claro, quienes asumen en la línea de frente a dichos eventos son los médicos encargados de la clasificación de pacientes en urgencias, ellos deben ejercer “un control” en el ingreso de los pacientes afiliados a las instituciones con “problemas”, pero no pueden colocar en riesgo la salud y seguridad de los pacientes.

Al analizar los elementos de la resolución (los cinco niveles de Triage)y compararlos con los modelos de atención de otros países -especialmente el Modelo ESI norteamericano, Modelo de Triage Español y Modelo Andorrano de Triage-, se puede evidenciar que se tomaron elementos importantes y claves de dichos modelos, los cuales fueron adecuadamente adoptados y plasmados en la resolución, pero no puede decirse que fueron debidamente adaptados, por cuanto no hubo cambios estructurales en los diferentes servicios, los operadores del sistema tienen poca formación en dicho triage, además que por ser una actividad de gran stress, agresiones verbales y volúmenes de pacientes, no es adecuadamente operada en los diferentes servicios (Vásquez, Luna y Ramos, 2019).

La experiencia en el trabajo de triage que tenemos desde hace más de 20 años, nos permite indicar que el médico, enfermero, tecnólogo en atención prehospitalaria o auxiliar de enfermería asignado a la clasificación de pacientes, debe reunir unas condiciones muy especiales para realizar adecuadamente dicha actividad, según el Ministerio de Salud y de Protección Social (2015).:

- Tener experiencia clínica en el manejo de pacientes urgentes o críticos.
- Tener un criterio personal, formado por la experiencia y la atención de pacientes en urgencias o en el servicio que realice la clasificación.
- Saber valorar el riesgo en salud.
- Tener niveles muy elevados de tolerancia.

- Manejar un lenguaje muy claro y asertivo.
- Saber claramente de planes de beneficios en salud.
- Conocer las diferentes redes de atención.
- Saber las disponibilidades físicas y de prestadores de su servicio.
- Tener adecuada formación administrativa.
- Tener adecuada formación legal, para disminuir el riesgo de reclamos por esta situación.
- Tener adecuada y actualizada formación en atención básica y avanzada.
- Manejar adecuadamente los criterios de criticidad de diferentes patologías y sus elementos de riesgo (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015).

Estos elementos requeridos en las instituciones públicas de alta complejidad en salud, como en la que realizamos el trabajo de grado, específicamente en quienes realizan las clasificaciones no siempre se cumplen y se convierten en otro elemento de riesgo para falla en el servicio en el régimen público, por inadecuada clasificación de pacientes.

3.2.1. Una visión de la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social definió adecuadamente los criterios técnicos que se requerían para la realización de clasificación de pacientes, triage, dependiendo de las necesidades de atención que requiera el paciente que está siendo valorado, si esos recursos los tiene la unidad de atención a la cual asiste y la prioridad con que debe ser atendido, que se plasma en una promesa de servicio para cada paciente (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015).

Define el sistema de clasificación, como hemos venido mencionando, en un sistema de cinco (5) niveles de clasificación –triage- para ser operado igual en todo el territorio Colombiano.

Es explícita en indicar “En ninguna circunstancia el "Triage" podrá ser empleado como un mecanismo para la negación de la atención de urgencias” (Ministerio de Salud y

de Protección Social, 2015, Artículo 4). Por ser su ámbito de aplicación todo el territorio nacional y todas las instituciones públicas y privadas, este elemento es clave e importante en caso de negación de atenciones por factores diferentes al criterio clínico, y es así como establece las responsabilidades de los prestadores de servicios, de las empresas prestadoras de servicios de salud, como instituciones aseguradoras y de los mismos operadores del servicio de salud.

3.3. Otras normatividades existentes.

Solo aparece en la normatividad Colombiana la Resolución 459 de 2012 del Ministerio de Salud y Protección Social, por la cual se adopta el protocolo y modelo de atención integral en salud, para víctimas de violencia sexual. En este instrumento, en su paso 3, se define la recepción inmediata de la víctima de violencia sexual en el servicio de urgencias médicas, señalando:

Violencia sexual dentro de las primeras 72 horas de ocurrido, triage I

Violencia sexual después de las 72 horas de ocurrido, triage II

Capítulo 4.

Responsabilidad del Estado por error en la clasificación de pacientes.

Partiendo de la base y comprendiendo que de un mal procedimiento en la fase del triage médico en la EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN “LUZ CASTRO DE GUTIÉRREZ”- UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIA DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA RED DE ATENCIÓN PÚBLICA se pueden generar consecuencias jurídicas para el Estado Colombiano, es necesario evidenciar que dichos efectos se dan a consecuencia de la falla en el servicio y que esta se puede presentar, a grandes rasgos, por omisiones generadas durante el periodo de valoración inicial del paciente por el médico encargado de dicha valoración.

Para una mayor comprensión y poder analizar en cuales casos o momentos es posible que se presente dicha falla, que puede en el Triage, debemos considerar algunos puntos fundamentales donde la falla en el servicio pueda ser demostrada como lo es en el caso en el cual la prestación del servicio público carece de eficiencia por parte de la entidad médica encargada de la atención en salud, específicamente en el Triage, es de anotar que en este punto se pueden enmarcar posibles desaciertos y por ende consecuencias jurídicas por las cuales es el estado es demandado y ante la falla probada, este debe indemnizar (Mitrano y Peñafiel, 2015).

Es de anotar que el Estado debe velar en todo momento por brindar a los ciudadanos una garantía en el servicio público en salud, resguardando los derechos fundamentales a la vida y la integridad física. Después de un recorrido juicioso por la sección tercera del Consejo de Estado, donde se analizaron tres sentencias pertinentes, el criterio para la selección consistió en tomar un rango de tiempo entre los años 1990 a 1997, se realiza una indagación en base de datos de la Sección Tercera del Consejo de

Estado, verificando que los hechos hicieran referencia a la clasificación del triage en instituciones de salud públicas, se seleccionan ejemplos concretos y claros, donde además se viera reflejada la falla en el servicio y sus diversas modalidades como el título de imputación en el cual se fundamenta esta tesis teniendo presente cada sentencia se realiza la descripción del caso y las consecuencias jurídicas.

En cada uno de las sentencias que fueron rastreadas la pretensión principal fue brindarle al lector un soporte jurídico de modo que puede comprender la falla en el servicio que pueda presentarse en una unidad de urgencias de alta complejidad, para posteriormente hacer la exposición del caso del Hospital General de Medellín en el capítulo posterior, en este orden de ideas se seleccionan sentencias que concretamente se enfoquen en la clasificación de pacientes triage, se optó por ejemplificar a través de jurisprudencia clara donde se evidenciara el daño ocurrido con perjuicios notorios que conllevaran a la indemnización por parte del Estado, la idea principal es que el daño estuviera materializado y los análisis del Consejo de Estado y las altas cortes nos brindaran lucidez al explicar que la falla se presenta por la no prestación del servicio, la demora injustificada o por la precaria o eficiente prestación. Es de anotar que las sentencias fueron proferidas posterior a la constitución de 1991 puesto que es de ahí que el derecho a la salud alcanzó el estatus de derecho fundamental y se volvió eminentemente obligatoria la prestación del servicio público, por esta razón las altas cortes empezaron cada vez más a pronunciarse sobre el tema de la falla en el servicio, en especial en el área de la salud.

Se logra a su vez, evidenciar que surgieron errores en la atención en salud que pueden causar una responsabilidad del Estado, para una mejor comprensión, se referenciaron los siguiente casos en concreto, es importante destacar que como premisa queda claro que la condición principal de estos supuestos fácticos es que los pacientes acuden a las salas de urgencias buscando solución a necesidades en salud esperando, además de una prestación del servicio público efectiva, donde a través de esta se pueda solucionar algún quebranto de salud con los recursos que el estado mismo pone al servicio del ciudadano y en manos de los profesionales médicos, que deben seleccionar

desde la norma (Resolución 5596 del 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social) a que pacientes se les debe priorizar y hacer efectiva esa respuesta a la solicitud en salud.

Cuando una persona llega a una sala de urgencias, se realiza el primer filtro para que inicie una valoración efectiva sobre que afectación puede padecer el paciente y, con este diagnóstico, el profesional de la salud debe tomar decisiones, en ocasiones en muy corto tiempo, y estas se dan en situaciones algunas veces críticas, en donde se pretende es ubicar al paciente en un nivel de triage para la atención posterior; es en este momento cuando más se presentan fallas médicas, valoraciones erróneas o inexactas, por lo que, en algunos casos, el servicio prestado es defectuoso o inexistente, teniendo en cuenta, en todo caso, la realidad social y entendiendo que en algunos momentos la prestación del servicio puede dificultarse.

En caso de que haya un mal funcionamiento del servicio por fallas médicas, el Estado se configura como responsable al momento de la indemnización de perjuicios, atendiendo en ocasiones a la culpa personal de o los agentes médicos que han prestado el servicio, siendo responsables o no del hecho dañoso, la administración tendrá la obligación de responder en ocasión a la falla en el servicio, esta responsabilidad obedece a la garantía de que el Estado deberá suministrar los mejores servicios a sus asociados (Álvarez, Ramírez y Velásquez, 2017).

Según diversos estudios realizados por el Consejo de Estado colombiano, el tema de la falla en el servicio se puede presentar en diversos casos como se puede evidenciar en la numerosa jurisprudencia existente hasta el día de hoy. Para llevar esta acotación a la práctica, las sentencias que referenciamos a continuación nos presentasen un panorama claro. Por otra parte, es de suma importancia que la norma de normas: la Constitución Política de Colombia, consagre en el artículo 49 la atención de la salud y el saneamiento ambiental como son servicios públicos a cargo del Estado, garantizándose, de este modo, por parte del Estado, el acceso universal a los servicios de salud en todos los niveles de atención, la atención integral, entendida como un conjunto articulado y continuo de acciones y servicios preventivos y curativos, individuales y colectivos, requeridos para

cada caso en todos los niveles de complejidad del sistema, se entiende que el servicio de salud es conexo con el derecho a la vida (Consejo de Estado, 1967).

A su vez, el artículo 365 de la Constitución, dice que los servicios se prestan con una finalidad social, en este orden de ideas, la salud como un derecho universal garantizado por el Estado (Constitución Política de Colombia, 1991), a pesar de los avances logrados, aún existe una realidad desigual y excluyente del acceso al sistema de salud; dicha garantía, aunque constitucional y obligatoria, está en etapa de construcción. Para materializar el derecho a la salud, es necesario tener un modelo social basado en la solidaridad humana y la igualdad social, debido a que en la práctica sigue existiendo un acceso selectivo, focalizado y excluyente, cuyos límites aparecen asociados principalmente a factores socioeconómicos o barreras geográficas y avances relacionados con la expansión de la prestación de servicios en la red básica de salud.

Abarcando la accesibilidad a los servicios, que va más allá de la dimensión geográfica, se aborda el aspecto económico relativo al servicio, el aspecto cultural con normas y técnicas adecuadas a los hábitos de la población y el aspecto funcional ofreciendo servicios conformes a las necesidades de la población, en este sentido, engloba una comprensión multidimensional, con características sociales y políticas, necesariamente presentes en la formulación y ejecución de políticas de salud como la disponibilidad de servicios, accesibilidad, organización del servicio, recepción, necesidades y aceptación de la población, buscando siempre la atención en todos los niveles de complejidad del sistema. El Estado entonces deberá indemnizar a las personas que queden privadas de ejercer la actividad lícita, cuando el Estado se reserve el derecho de ejercer actividades relacionadas con servicios públicos (Consejo de Estado, 1967).

1.7.4.1. Casos de error en la clasificación de pacientes

1.8.4.1.1. Caso Hospital Santamaría de Itagüí

Tesis del caso: El 18 de junio de 1997, Carlos Andrés Noreña Orozco, de 7 años de edad, en ocasión a un accidente que ocurrió en su residencia, en donde tuvo la

afectación de su ojo derecho por inserción de una aguja, asistió al servicio de urgencias del Hospital Santamaría de Itagüí. En ese momento el médico le atiende, pero no lo hospitaliza sino que le indica que asista de nuevo al otro día, al 19 de junio. El menor se presentó nuevamente en el Hospital, en ese momento se le remite con el oftalmólogo, y en dicha valoración se identifica una grave infección en el ojo derecho, por lo que el menor permaneció hospitalizado por un mes, sin embargo la infección no pudo detenerse y por ende se realiza la enucleación del ojo.

Análisis del Consejo de Estado: La Sala identifica que no se demuestra un actuar diligente por parte del personal Hospital Santamaría de Itagüí, ya que no se dan reportes de la anamnesis ni del examen físico realizado al menor, tampoco existe la descripción de los recursos médicos utilizados, configurándose una falla en el servicio por la omisión de cuidado en el servicio de salud (Consejo de Estado, 1990).

Síntesis del caso: El día 20 de septiembre de 2002, una menor (omitimos nombre por respeto a la intimidad) tuvo vómito y diarrea, por lo que sus padres deciden llevarla al puesto de salud del barrio La Esperanza, perteneciente a la E.S.E. Villavicencio. En ese momento el médico general realizó la valoración, posteriormente solicitó a sus padres que se le practicaran exámenes de laboratorio, dichos exámenes no se entregaron porque no estaba en funcionamiento los viernes en la noche, los sábados, ni los domingos, lo que llevó a sus a retornar con la menor para su residencia. Al día siguiente seguían los síntomas, por ello retornaron al hospital, allí le formularon diclofenaco y le dieron de alta. Al día lunes 23 de septiembre de 2002 ingresaron de nuevo a la menor con un grave estado de salud, la hospitalizaron, practicaron los exámenes de laboratorio, cuyo diagnóstico fue de dengue clásico. Ese mismo día la paciente de tres años presentó sangrado, al día siguiente su estado de salud empeoró progresivamente y falleció.

Análisis del Consejo de Estado: En el caso concreto se identifica una falla del servicio médico, por cuanto a una menor no se le dieron los cuidados y atenciones desde el día en que ingresó al hospital. La menor se complicó el día 24 de septiembre, teniendo como consecuencia el fatídico final del fallecimiento, todo esto se produjo por causa de la

falta de diligencia y cuidado de los médicos de la E.S.E. demandada. Al realizar la revisión de las pruebas, se identifica que el desenlace fatídico era predecible y prevenible, sin embargo, los galenos no realizaron el tratamiento adecuado para el dengue, configurándose una falla del servicio médico por omisión, al no practicarse los exámenes de laboratorio a tiempo (Consejo de Estado colombiano, 2015).

Es nuestro deber exponer que existe una falla en el servicio de urgencias y que de esta se deviene la responsabilidad del Estado, en atención a la demora injustificada en la atención de los pacientes o, en algunos casos, una atención precaria o inexistente. Esta falla es uno de los efectos más comunes en el sistema de clasificación de pacientes por la cual el Estado debe indemnizar al no prestarse la atención debida o dilatarla sin justificación alguna. Para una mejor comprensión traemos a colación el siguiente caso y el procedimiento erróneo que se siguió.

1.9.4.1.2. Caso clínica Bucaramanga

Descripción del caso: El día 9 de octubre de 1986, el docente OSCAR PEDRAZA OCHOA tuvo dolor pélvico, sintomatología parecida a la apendicitis, por lo que fue remitido del Municipio de San Andrés (Santander) a una clínica de la ciudad de Bucaramanga. Llegó al hospital a las 2:00 p. m., sin embargo el triage solo realizó 3 horas más tarde, hacia las 5 pm, dejándose constancia de que no se tenía certeza de los síntomas para dar un diagnóstico. Al día siguiente, es decir el 10 de octubre, al ser examinado, el paciente presentó abdomen tenso y doloroso, por ende se decide llevarlo a cirugía, la cual se realizó a las 9 a.m. El paciente vomita al momento de la anestesia y en la intervención se identifica “necrosis en el íleon terminal”, por lo que se realiza una resección intestinal y apendicetomía profiláctica. Más tarde el paciente tiene una dificultad respiratoria. Se identifica la importancia de un internista neumólogo ante la sospecha de bronco aspiración. Intervino entonces un internista, quien compartió el diagnóstico y solicitó lavado bronquial, procedimiento que requería la asistencia de un neumólogo según lo había recomendado el cirujano, pero dicha sugerencia no se atendió,

a las 5:30 de la tarde del mismo día, un médico intentó realizar el lavado bronquial, pero el paciente falleció al iniciarse el procedimiento (Consejo de Estado colombiano, 1992).

Consecuencias jurídicas. De la valoración que hace el Consejo de Estado del caso, concluye en su fallo, proferido el 26 de mayo de 1992, que no se cumplió la obligación de médico que estaba a cargo del Instituto de Seguro Social de Santander, ya que la asistencia del neumólogo era vital para abordar dicho caso (Consejo de Estado Colombiano, 1992).

Transcurridas tres horas se ordena la intervención para el lavado bronquial, pero el paciente ya estaba en estado terminal, por ello el Instituto de Seguro Social de Santander y la Clínica de Bucaramanga incumplieron el deber jurídico que tenían de brindarle al paciente todos los medios para tratar su enfermedad (Consejo de Estado Colombiano, 1992).

1.10. 4.1.3. Caso Hospital Cuba de Pereira

Descripción del caso. El día 12 de febrero de 1997 la menor (se omite el nombre por respeto a la intimidad) de cuatro años de edad, fue llevada por su madre a Urgencias del Hospital de Cuba de la ciudad de Pereira, para que se le prestaran primeros auxilios, debido a la presencia de fiebre alta, diarrea y vómito. El médico de turno le indica a la madre que los médicos se encontraban en paro, por ello no se atendía cualquier caso sino solo los que se consideraban de suma urgencia, ese día la madre y la menor retornaron a casa.

La menor ese día continúa con diarrea y toda la sintomatología se incrementa y durante la noche la madre toma la determinación de llevarla nuevamente, pero la menor ya estaba en estado de gravedad, tanto así que el médico la encontró inconsciente, con flacidez generalizada y sin rigidez de nuca, por lo que la remitieron al Hospital Universitario San Jorge de Pereira para manejo especializado. Al momento del ingreso presenta un paro Cardio-respiratorio, cianosis generalizada, mucosas orales secas, midriasis no reactiva y asistolia. Se inician maniobras de reanimación y resucitación

cardiopulmonar con éxito, quedando la paciente al parecer sin daños neurológicos. Posteriormente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos pediátricos de dicho hospital, donde la paciente fallece el 18 de febrero de 1997, luego de habersele diagnosticado muerte cerebral (Consejo de Estado Colombiano, 2012).

Consecuencias jurídicas. Tramitada la demanda, el Tribunal Administrativo de Risaralda, mediante sentencia proferida el 29 de junio de 2001, declaró responsable al Hospital de Cuba de Pereira por los daños causados a los familiares, con ocasión de la muerte de la menor. El Consejo de Estado en fallo del 7 de marzo de 2012 resuelve el recurso de apelación interpuesto por el hospital, estableciendo que a la menor se le había negado injustificadamente la atención médica que requería de forma urgente, configurándose por ende una falla en el servicio que finalmente condujo a la muerte de la menor (Tribunal Administrativo de Cundinamarca, 2010).

1.11. 4.1.4. Caso Hospital Universitario San José

Descripción del caso. El 2 de diciembre de 1990 el menor (se omite nombre por respeto a la intimidad) ingresó a Urgencias del Hospital Universitario San José de Popayán, con un cuadro clínico de obstrucción Intestinal. El médico general le atiende y formula 0.8 centímetros de metocloplamida por vía parenteral y le remite a casa. A las 10 am del mismo día regresa el menor dopado, insensible, con la boca rígida, síndrome febril y con obstrucción intestinal.

La pediatra revisa las radiologías e identifica obstrucción intestinal y pide interconsulta al cirujano de turno. Entre el momento en que se hace dicho diagnóstico y el acto quirúrgico, transcurren 8 horas, no se da evaluación médica post-quirúrgica del paciente y a las 2 de la mañana del día 3 de diciembre de 1990 el menor, que aún presentaba alta temperatura, se queja de dolor, procura vomitar, se le merma la respiración y fallece (Consejo de Estado, 1990).

Consecuencias jurídicas. El Consejo de Estado estableció que el Hospital Universitario San José de Popayán no fue diligente ni cuidadoso al momento de cuidar la

salud del menor ingresado, las carencias o descuidos fueron las que ocasionaron el fatídico final, por cuanto el menor no tuvo suministro de algunos medicamentos adecuados y específicos para el efectivo control de los efectos colaterales de la Metocloplamida; a su vez, al ser un menor de edad, la valoración inicial debía realizarse por pediatra y no por médico general; asimismo, hubo un retardo de ocho horas en la intervención quirúrgica, lo que pudo agravar las condiciones del paciente. Esta sentencia termina haciendo alusión al contenido ético y matiz principialista, y se indicó que los médicos no pueden ser simples técnicos ni obrar automáticamente: un centro de atención médica responsable debe contar con los elementos necesarios para atender a los pacientes, y los profesionales de la medicina no deben avalar con su comportamiento complaciente (Consejo de Estado, 1990).

Capítulo 5

5. Nociones generales y acercamiento del triage en la unidad de urgencias de alta complejidad del ESE Hospital General de Medellín

1.12. 5.1 Auditorías del Triage año 2019 (Análisis o factores de riesgo en clasificación)

Se trabajó desde las áreas operativas en la realización de clasificación de Pacientes (triage) además desde el apoyo al equipo administrativo de dirección de servicios ambulatorios, en la caracterización y evaluación de los triages realizados en la unidad, verificando desde su nivel de clasificación, el tiempo de espera y la pertinencia de la atención.

Se trabajó durante el año de 2019, año en el que se pudo apoyar el equipo administrativo de turno, además de ser el año con un comportamiento típico antes de la pandemia, y en tanto se había proyectado la realización del trabajo de tesis en el año 2020, el cual se vio seriamente afectado por las condiciones de pandemia por la infección de Covid 19

Las muestras para análisis siempre fueron enviadas con los respectivos soportes de recolección, desde el departamento de estadística del Hospital General de Medellín.

El índice de reingreso aportado por la oficina de estadística para el servicio de urgencias (para las atenciones realizadas, incluye el triage, los pacientes de consulta y los direccionados a consulta externa por la plataforma CIGA —de la alcaldía de Medellín para descongestionar los servicios de Urgencias de la ciudad) atendidos es del 2 %, es decir, 2 reingresos por cada 100 atenciones en salud, llámese consulta de urgencias o triage.

En el año 2019 se direccionaron por la estrategia CIGA (Centro Integrado de Gestión de Acceso en salud) de la alcaldía de Medellín, que funcionó las 24 horas del día

los 365 días del año, 14600 pacientes a las diferentes unidades de consulta externa de las diferentes Empresas Sociales del Estado que operaron en Medellín durante ese año.

No se incluyen en la plataforma CIGA (Centro Integrado de Gestión de Acceso en salud) pacientes sin seguridad social, inmigrantes, o con sistemas de aseguramiento de otras ciudades u otros municipios, pues estuvo financiada por la EPS savia salud, que tiene el mayor número de usuarios en Medellín y el departamento de Antioquia, servicio que fue ofertado a otras aseguradoras en salud que atienden en Medellín.

En la siguiente gráfica se evidencia un ejemplo del seguimiento mensual de los ingresos, día a día, del servicio de urgencias del Hospital General de Medellín, para luego entrar a valorar el resultado final de la operación atención de urgencias del servicio, durante todo el año 2019 y sus diferentes niveles de clasificación y atención.

Tabla 2 Pendientes Atendidos en Urgencias Adultos

Dia	Clasificación de triage					Sin clasificación	Total general
	Triage I	Triage II	Triage III	Triage IV	Triage V		
1	2	14	36	34	1		87
2	3	19	78	53	2		155
3		24	78	49	1	1	153
4	4	20	58	55	5		142
5	3	22	60	66	4	2	157
6		25	50	36	5	3	119
7	2	26	46	34	5	3	116
8	1	21	30	37	11	1	101
9	1	12	62	51	4	1	131
10	2	20	70	46	7	1	146
11	2	23	77	39	12	1	154
12	2	20	78	36	4	2	142
13	1	28	56	48	4		137
14	1	38	48	30	8	2	127
15		21	38	28	7	1	95
16		22	64	71	3	3	163
17		18	72	59	2	1	152
18		15	69	53	6		143
19	1	14	53	40	3	2	113
20	2	17	58	54	1	1	133
21	2	16	49	36		2	105
22	1	19	38	47	1	1	107
23		22	71	48	6		147
24	1	12	40	35	1		89
25		24	48	38	2		112
26		24	73	66	2	1	166
27	2	28	52	51	3		136
28	2	25	53	49	1	2	132
29		21	60	29			110
30	2	20	54	47	5		128
31	1	14	41	27			83
Total general	38	644	1760	1392	116	31	3981
%	0,95%	16,18%	44,21%	34,97%	2,91%	0,78%	100%

Edades	Clasificación de triage						Total general
	Triage I	Triage II	Triage III	Triage IV	Triage V	Sin clasificación	
< 1 año							0
1-4 años							0
5 - 14 años							0
15 - 44 años	8	247	829	785	63	19	1951
45 - 59 años	13	134	375	269	27	8	826
60 y mas	17	263	556	338	26	4	1204
Total general	38	644	1760	1392	116	31	3981

Fuente: (Hospital General de Medellín, 2019)

Tabla 3 Distribución Mensual de pacientes

HOSPITAL GENERAL DE MEDELLIN
LUZ CASTRO DE GUTIERREZ
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
Distribucion Mensual de Pacientes ingresados a Urgencias según tipo de triage durante 2019
UNIDAD FUNCIONAL URGENCIAS
Código Hospital: 050010214401

Cl.consul.	UOMédCons	UOEnfCons	Cl.epis.	Triage I	Triage II	Triage III	Triage IV	Triage V	Total general		
Triage	Urgencias	Urg GineObst	Ambulatorio	348	5	507	9697	606	29	11192	
			Hospitalizado		175	1223	4921			6319	
		Total Urg GineObst			348	180	1730	14618	606	29	17511
		Urg Pediatri	Ambulatorio	82	26	580	2339	6685	997	10709	
			Hospitalizado		123	1283	1082	1		2489	
		Total Urg Pediatri			82	149	1863	3421	6686	997	13198
		Urg. Adultos	Ambulatorio	401	86	2366	15015	19556	1354	38778	
			Hospitalizado		294	4592	6839	2		11727	
		Total Urg. Adultos			401	380	6958	21854	19558	1354	50505
		Total Triage				831	709	10551	39893	26850	2380
Urgencias	Urgencias	Urg GineObst	Ambulatorio		5	498	9634	12		10149	
			Hospitalizado		175	1236	4965			6376	
		Urg Pediatri	Ambulatorio		19	522	1856	4		2401	
			Hospitalizado		124	1287	1093	1		2505	
		Total Urg Pediatri				143	1809	2949	5		4906
		Urg. Adultos	Ambulatorio		66	2000	6491	2		8559	
			Hospitalizado		294	4598	6926	2		11820	
		Total Urg. Adultos				360	6598	13417	4		20379
Total Urgencias					683	10141	30965	21		41810	

Fuente: (Hospital General de Medellín, 2019)

ANÁLISIS

Pacientes clasificados en 2019:

En Triage I (Emergencia, inicia atención en máximo 5 minutos) 380: ingresados 360, diferencia 20

En Triage II (Urgentes, inicia atención en máximo 30 minutos) 6958: ingresados 6598, diferencia 360

En Triage III (prioritarios, inicia atención hasta en 2 horas después de su llegada) 21854: ingresados 13417, diferencia 8437

En Triage IV (atención ambulatoria, se atienden en consulta externa) 19558: ingresados 4, diferencia 19558

En Triage V (no urgentes) 1354: ingresados 0.

Total de pacientes clasificados en 2019: 50505

Total de pacientes ingresados en 2019: 20379 (Hospital General de Medellín, 2019).

Diferencia entre clasificados y atendidos: 30126

La diferencia entre los pacientes clasificados en Triage I y los ingresados, que es de 20 durante todo el periodo, se da en el momento del ingreso del paciente emergente, crítico en sus condiciones de enfermedad o trauma, por lo que no dan tiempo de realizar acciones aun con su ingreso inmediato, fallecen antes de iniciar acciones de reanimación.

La diferencia entre los pacientes ingresados y clasificados en Triage II se da por reclasificaciones que realiza el médico de triage , retiros voluntarios que realizan los pacientes y sus familiares o por determinación de su asegurador en salud, quienes determinan llevarlos a otras unidades de atención de urgencias de sus redes de servicios contratadas (Hospital General de Medellín, 2019).

La gran diferencia entre los pacientes clasificados como Triage III, está en la destinación que se realiza una vez clasificados, en este grupo de pacientes se incluyen un gran número de pacientes con traumas o heridas menores, patologías (enfermedades) que son direccionadas a manejo en unidades de menor complejidad, con algunas especialidades clínicas o quirúrgicas disponibles o las unidades de atención de la red de atención de su asegurador en salud.

El Triage IV no debe presentar técnicamente dificultades, la clasificación generalmente es muy objetiva, no reviste gran dificultad en identificarla, por lo que los ingresos son casos de revaloración que se han solicitado y se han reclasificado.

El Triage V no reviste gran dificultad: son generalmente episodios de requerimientos administrativos, su reingreso es cero, no hay reingreso reportado en este nivel de clasificación.

El triage V no amerita ningún análisis especial, son atenciones no urgentes que no requieren de ningún tipo de actividad en las unidades de urgencias (Hospital General de Medellín, 2019).

Retomamos los pacientes clasificados en Triage III, que fueron direccionados a unidades de menor complejidad: se clasificaron 21854 pacientes, de los cuales se ingresaron 13417, mientras que el resto de los pacientes, esto es, 8437, fueron direccionados a unidades de menor complejidad. En este grupo direccionado se incluyen algunos pacientes que no tenían aseguramiento en salud, inmigrantes o con aseguradoras sin red en la ciudad en Medellín, pero sin requerimiento de unidades de atención de urgencias de alta complejidad, quienes por direccionamiento deben asistir a dichas unidades de urgencias de la red de atención.

Es este nivel de Clasificación que está con algún nivel de urgencias, así sea relativo o menor, puede avanzar como vimos en la dinámica del triage a requerir atenciones más urgentes, el que nos interesa como elemento de consideración en el tema bajo estudio, pero no podemos dejar por fuera el grupo de clasificación Triage IV que se queda sin un acceso definido a atenciones en salud, en tanto serían 8437 direccionados desde el Triage III y 4954 desde el Triage IV, para un total de pacientes redireccionados en 2019 en el servicio de urgencias de 13391. Estos pacientes pueden tener un riesgo de reingreso a la unidad de alta complejidad, así sea menor, pero debe considerarse y, de no poder acceder oportunamente, se podrá llegar, incluso, a una catástrofe clínica (Hospital General de Medellín, 2019).

Si aplicamos el índice de reingreso aportado por la oficina de calidad del Hospital General de Medellín, 0.2% a los análisis numéricos evaluados, que para nuestro análisis son los pacientes del triage III y algunos del Triage IV, tendríamos un total de 27

pacientes que estarían en alto riesgo de requerir reingresar, que se pueden haber quedado sin atenciones y pudieran tener complicaciones mayores o menores, pero que en un momento de su enfermedad buscaron atención y por los criterios de clasificación aplicados, no lograron tener dicha atención (Hospital General de Medellín, 2019).

1.13. 5.2 Como se realiza un Triage en el (HGM):

La Empresa Social del Estado Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez” es una institución de alta complejidad, del tercer nivel de atención de la red pública de atención de la ciudad de Medellín, institución del orden municipal descentralizada, que debe cumplir obligatoriamente con los requerimientos de la ley colombiana, en este caso, la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y Protección social, que define la normatividad establecida para el triage.

Apoya no solamente la red hospitalaria pública de la ciudad de Medellín, sino también de todo el departamento de Antioquia y muchas veces de departamentos vecinos que por proximidad o falta de recursos, direccionan sus pacientes a la institución.

Tiene establecidas las contrataciones con gran número de aseguradoras de los diferentes planes de beneficios, públicas o privadas, pero hay un gran número de estas aseguradoras con las cuales no hay contrato, o su atención está contratada en otras instituciones prestadoras de salud, no solo de la ciudad, sino de otros departamentos (Hospital General de Medellín, 2019).

Corresponde al médico encargado del triage valorar el estado clínico, riesgo, contrataciones, nivel de atención y, entre 5 y 7 minutos, definir si el paciente es ingresado o diferido a otras instituciones, su nivel, y si la atención se hace con un nivel moderado de urgencia, prioritariamente o ambulatoriamente y es allí donde las condiciones clínicas del paciente, el tiempo de recepción de pacientes en otras instituciones, la distancia o ubicación de la red de atención de sus sitios de atención, los medios de transporte, la voluntad del paciente mismo para ir a otras instituciones, factores que son difíciles de controlar y muchas advertir por el profesional que realiza la clasificación de los pacientes

y que pueden poner en riesgo el estado de salud de un paciente y en riesgo jurídico, la acción clínica y técnica realizada por el clasificador (Hospital General de Medellín, 2019).

Pero también se hace clasificación de pacientes para el ingreso a cirugía urgente o emergente, para la asignación de citas para especialidades con gran demanda, para la realización de procedimientos, para la asignación de unidades de alta complejidad. En unidades hospitalarias, clasificar los pacientes por su complejidad es muy importante, sobre todo para la asignación de prestaciones.

Se aplica el protocolo de clasificación indicado en la Resolución 5596 del 24 de diciembre de 2015 del Ministerio de Salud y de Protección Social, varias veces citado.

Pero su proceso sencillo es el siguiente:

1. Cuando los pacientes llegan al servicio de urgencias son orientados desde la portería a la taquilla de ingreso administrativo.
2. Registrados en el libro de reporte de ingresos que lleva el personal de seguridad, con nombre y hora de llegada.
3. Se les entrega un ficho de ingreso para ser llamados a la taquilla en el orden de llegada en caso de no ser una emergencia de salud.
4. En caso de ser paciente con requerimiento emergente, es ingresado, sin ficho, triage ni ningún otro requerimiento, a la sala de atención inicial (SAI) para inicio inmediato de su alteración de salud, y; después de ser estabilizado, se procederá con la clasificación, ingreso y realización de la respectiva historia clínica. Corresponde este tipo de eventos a triages con clasificación 1, se prioriza salvar la vida del paciente y tratar de evitarle futuras complicaciones.

Corresponde a uno de los médicos de triage encargarse del ingreso del paciente de forma rápida y diligente, mientras es estabilizado por el resto del equipo o Urgentología.

5. Una vez llamado a la taquilla, toman sus datos, se crea el registro de ingreso y aparece en la pantalla del médico clasificador como “ingresado” para realizarle el respectivo triage.
6. Se le llama al consultorio de clasificación, se le interroga por su requerimiento en salud, antecedentes relevantes para la atención, toma de signos vitales, observación directa del estado general, es posible que requiera de una valoración rápida y se define el nivel de riesgo.
7. Se llena el registro de triage y se le da, según lo hallado, la respectiva clasificación al paciente:
8. Los pacientes clasificados como triage I, II o III pasan a la plataforma de los médicos de atención como “clasificado, pendiente de atención, su nivel de triage e inicia el conteo de tiempo para su respectiva atención.”
9. En el servicio de Urgencias del Hospital General de Medellín, se hace una distinción entre pacientes del triage III que deben quedarse para atención, los que van a requerir ayudas diagnósticas, procedimientos y posible proceso hospitalario y los pacientes con clasificación Triage III que presentan condiciones que una vez resueltas, tendrán egreso hospitalario en pocas horas, como pacientes con fracturas no complicadas o suturas menores.
10. Los pacientes triage III que pueden y deben ser llevados a unidades de menor complejidad, así como los clasificados en triage IV, son direccionados a la taquilla CIGA (siglas de Centro Integrado de gestión del acceso en salud) que fue una estrategia ideada en el año 2016 para la descongestión de los servicios de Urgencias de mayor y mediana complejidad, la cual pone en línea las unidades de atención de 9 municipios del área metropolitana y sus respectivas EPS aseguradoras.
11. El médico de triage queda pendiente de los pacientes clasificados para atención, verifica observando o reevaluando que su estado general no cambie y reclasifica en caso de requerir hacerlo (Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección Social). Informa continuamente a los médicos de atención

priorizaciones de pacientes por la evolución de su estado general (Hospital General de Medellín, 2019).

El sistema de clasificación de pacientes “triage” cumple la normatividad establecida por el Ministerio de Salud, en sus requerimientos, procesos y protocolos, la sala de atención de urgencias, tiene la adecuada marcación donde se especifican los tiempos de atención y los niveles de clasificación.

En la congestión del servicio de Urgencias en el Hospital General, Se requiere considerar algunos días especiales, como martes después de un puente, los días lunes normales, por la afluencia de solicitudes de atención, en un gran porcentaje direccionados desde unidades de atención de menor complejidad, sin utilizar el sistema de referencia, por personal que desconoce o cree que la solución está en enviar el paciente a un trámite muchas veces administrativo, para tratar de adelantar y dar respuesta a necesidades de atención, en un alto porcentaje sin requerimiento urgente.

Se les direcciona a los pacientes externamente para:

- a. Adelantar una cita con medicina especializada, que puede tener agendas demoradas en las líneas de atención de las diferentes entidades aseguradoras de salud.
- b. Adelantar ayudas diagnósticas solicitadas y con agendas también demoradas en las diferentes aseguradoras.
- c. Reclamar medicación por fuera de los planes de beneficio, sin necesidad de hacer los diferentes trámites de dicha gestión.
- d. Priorizar atenciones a pacientes con patologías crónicas, desconociendo que las aseguradoras cuentan con programas de prevención o direccionamiento de dichas enfermedades.
- e. Direccionan pacientes a valoración en unidades de alta complejidad cuando dichas valoraciones pueden ser asumidas en unidades hospitalarias de menor complejidad.
- f. Atención de pacientes de otros departamentos, pues la red de atención contratada por su aseguradora es de otro departamento, por lo que se requiere

más que de una remisión, un asesoramiento en planes de beneficio y de reaseguramiento en salud, instruir, orientar, apoyar y no solo remitir “porque en el hospital todo lo atienden”, errada idea preconcebida de muchos médicos de la red de atención de menor complejidad, lo cual congestiona aún más la red.

Queda expuesto el médico clasificador de urgencias del Hospital General de Medellín muchas veces a pacientes muy enfermos, no necesariamente urgentes, para los cuales:

1. No tenemos la especialidad requerida para ofertársela y ofrecérsela.
2. No hay disponibilidad en el tiempo por agendas copadas para dicha especialidad.
3. No contamos con la tecnología solicitada para resolver el requerimiento en salud.
4. Las agendas para ofrecer algunas ayudas requieren de preparaciones especiales, tiempos especiales, ayudas post procedimiento.
5. Los procedimientos pueden ser ambulatorios, sin emergencia y sin poner en riesgo la salud de los pacientes.
6. No hay contratación vigente con la aseguradora del usuario que solicita, y su procedimiento puede ser ambulatorio.

Estas situaciones planteadas en el párrafo anterior, asociadas a una limitación de espacio, especialidades, criterios clínicos y de riesgo en pacientes enfermos, con parámetros en límites normales, hacen que en el sistema de clasificación se difiera la atención de muchos pacientes a otras unidades de salud (Hospital General de Medellín, 2019).

Pero también se hace clasificación de pacientes para el ingreso a cirugía urgente o emergente, para la asignación de citas para especialidades con gran demanda, para la realización de procedimientos, para la asignación de unidades de alta complejidad, en

unidades hospitalarias, clasificar los pacientes por su complejidad es muy importante, para la asignación de prestaciones.

1.14. 5.3 Modelos de Triage aplicables en el Hospital General

Todos los modelos de clasificación utilizados en el mundo pudieran ser utilizados en el modelo de atención en Colombia.

Pero Colombia tiene su propio modelo, que lo venimos aplicando y es el establecido en la Resolución 5596 de 2015 (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015).

Cuando lo valoramos, se mira que tomó aspectos importantes de varios modelos, el ESI norteamericano, el modelo Español, el modelo Andorrano, y que valora en las 5 categorías, pero hay una especial inclinación hacia el ESI norteamericano, básicamente en la valoración del riesgo en salud.

Del modelo Andorrano se toma su clasificación en 5 niveles de priorización, no se utiliza sus escalas de colores, cambia sus categorías iniciales de:

1 Reanimación.

2 Emergencia.

3 Urgente.

4 Menos urgente.

5 No urgente.

Por categorías definidas en Colombia:

1 Emergencia. Para atención inmediata

2 Urgencia. Inicia atención en los primeros 30 minutos después del triage.

3 Urgencia moderada. Depende del promedio de atención, evaluado y adoptado por cada institución prestadora, en el Hospital General se define en las primeras 3 horas desde la clasificación.

4 Requiere atención prioritaria no urgente. Egresa con consulta programada en la red de su aseguradora.

5 No urgente. Se dan instrucciones y se le indica al paciente como llegar a la atención requerida.

Del modelo español de clasificación de pacientes, al igual que el de varios países de Europa, es fielmente adaptado del modelo andorrano de Clasificación.

El Modelo de Triage americano (ESI) Emergency Severity Index:

Acepta los 5 niveles de clasificación de pacientes asumido por el modelo andorrano, incluso aceptado en los países del mundo donde se utilizan desde hace más de 20 años, sistemas de clasificación de pacientes en las unidades de atención de urgencias.

El ESI busca ser muy preciso en la clasificación de la prioridad de la atención, para acercar más rápidamente los recursos que el paciente va a requerir en el cercano plazo, utiliza algoritmos y es muy específico en la valoración y acercamiento al riesgo, pero pertenece a un modelo de atención regido por normatividad diferente, políticas de aseguramiento diferentes, recursos tecnológicos y de personal humano diferentes.

Ningún modelo de clasificación de pacientes puede decirse que es mejor que otro, maneja un factor importantísimo en su operatividad y es el factor humano, la apreciación del paciente, la interpretación de parámetros, el contar con el recurso requerido, en espacio, tiempo, especialidad y sobre todo, con la experiencia y apreciación clínica que acerque ese paciente más que a un recurso a una adecuada y oportuna atención en salud en urgencias.

1.15. 5.4 Personal idóneo para realizar la clasificación en Colombia y las dificultades de no tenerlo.

La Resolución 5596 de 2015, en su artículo 8, define el personal responsable del triage:

- Médicos y enfermeras para los niveles de mediana y alta complejidad.
- Auxiliares de enfermería o tecnólogos en atención prehospitalaria para los niveles de baja complejidad.
- Hay grandes dificultades en muchos servicios de urgencias, para la asignación del personal encargado de la clasificación de los pacientes, de hacer el triage.
- Hay gran congestión en urgencias por:
 - La falta de citas para consulta externa de medicina general.
 - La falta de oportunidad para las citas con medicina especializada.
 - La falta de oportunidad para la realización de ayudas diagnósticas no solo básicas, si no avanzadas.
- Tiempos prolongados para la realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos.
- Los desplazamientos urbanos e intermunicipales, interdepartamentales, dejan sin unidades básicas de atención a muchas personal, que solo ven como recurso, acudir a urgencias.
- La falta de una cultura de buen uso de los servicios de urgencias, que no se enseña en las escuelas y colegios (Ministerio de Salud y de Protección Social, 2015).

Estos factores anteriores, unidos a otros más que hacen que los servicios de urgencias sean particularmente congestionados, cuando uno de los propósitos de la resolución era descongestionar dichos servicios, al mejorar el acceso y la oportunidad con la clasificación, pero el propósito se diluyó con las faltas de oportunidad y la poca red de atención de algunos aseguradores. La congestión de los servicios de salud de Urgencias, de mediana y alta complejidad, disminuye el tiempo de atención y la capacidad de determinar con más tranquilidad un nivel de Triage,

En municipios lejanos o con grandes problemas de orden público, la contratación de personal profesional se hace difícil, incluso, mantienen con escasos de este tipo de personal, lo que dificulta la aplicación de los criterios de clasificación propuestos en la Resolución y muchas veces no se cuenta con el personal mínimo para las atenciones básicas.

La formación académica de los diferentes profesionales no hace adecuado énfasis en las áreas de clasificación de pacientes y sus implicaciones legales y técnicas, lo cual genera un enorme vacío y un rechazo franco de muchos profesionales a las actividades de clasificación en los servicios de urgencias, por lo que muchas veces no están los mejores y mejor preparados, si no aquellos “que les tocó hacer triage”, quienes lo hacen.

En la Empresa Social del Estado Hospital General de Medellín, “Luz Castro de Gutiérrez”, durante la gerencia de 2016 a 2020, se reforzaron las áreas de triage en el servicio de Urgencias: se determinó que debía de continuarse por personal médico con experiencia, se perfiló el equipo que podía tener las condiciones de formación, experiencia y manejo para realizarlo, se capacitó en triage, el cual se retroalimentó frecuentemente respecto a logros, indicadores, quejas, servicios ofertados, legislación, auditoría, para tratar de mejorar las competencias, mejorar pertinencia y disminuir errores en la clasificación y por ende disminución en el riesgo de falla del servicio.

Se han creado algunas herramientas de ayuda para quienes realizan las clasificaciones, como parámetros importantes para ayudarse en la determinación a tomar desde la unidad de triage. Se anexa el cuadro guía para personal de triage.

Tabla 4 Cuadro guía para personal de triage

	Tipo de manifestación	Diagnóstico centinela
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bradicardia sintomática 	
Triage III H 30-60 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TEC Glasgow > 14 ▪ Traumatismo moderado ▪ Problemas de diálisis ▪ Asma moderada ▪ Disnea moderada ▪ Dolor torácico (< 7 o sin enfermedad coronaria) ▪ Hemorragia digestiva con signos vitales estables ▪ Convulsiones (alerta a la llegada) ▪ Ideas suicidas ▪ Escala de dolor 4-7/10 ▪ Enfermedades psiquiátricas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatismo de cráneo ▪ Fracturas ▪ Pielonefritis ▪ Asma ▪ Neumonía ▪ Dolor torácico (no coronario) ▪ Epilepsia ▪ Migraña ▪ Cólico renoureteral ▪ Lumbalgia ▪ Apendicitis
TRIAGE III FT (menos urgente) 60 - 120 minutos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ TEC Glasgow > 15 ▪ Traumatismo menor (contusión, abrasión) ▪ Cefalea (dolor 4-7/10) ▪ Reacción alérgica menor ▪ Vómito y diarrea sin deshidratación. ▪ Lumbalgia (crónica agudizada) ▪ Cuadro gripal y faríngeo (descartar abscesos en la cavidad) ▪ Accidente riesgo biológico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatismo de cráneo, alerta asintomático ▪ Fracturas estables cerradas ▪ Dolor muscular ▪ Urticaria ▪ Gastroenteritis ▪ Infección respiratoria leve ▪ Trauma de tejidos blandos
TRIAGE IV - V (no urgente)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatismo menor, no agudo ▪ Tos ▪ Diarrea sin deshidratación ▪ Vómito aislado ▪ Dolor abdominal crónico. ▪ Escala de dolor > 4 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Gastroenteritis ▪ Parasitosis ▪ Estreñimiento ▪ Laceraciones superficiales

Fuente: (Hospital General de Medellín, 2019)

Diagnóstico Centinela: de especial atención por el riesgo de cambios en el estado de salud del paciente.

1.16. 5.5 Factores que pueden influir en la dinámica del triage, conceptos con experiencia.

Durante los 25 años de vida profesional, uno de los autores del trabajo ha realizado trabajo específico en unidades de urgencias desde el primero hasta el primer nivel de complejidad en salud, con formación en auditoría médica, administración de servicios de salud y ahora en aspectos legales, como estudiante de derecho, por lo que decidimos anotar su experiencia.

5.5.1 La formación del equipo paraclínico de atención incluye personal de seguridad, porteros, técnicos en atención pre hospitalaria, personal de admisiones, personal capacitado en técnicas de atención al usuario, capacitación en tolerancia, lenguaje asertivo, normatividad, calidad, calidez. Estos equipos paraclínicos deben propender por la adecuada recepción de los pacientes y la pronta información al equipo de clasificación, para una pronta conducta. Muchos pacientes son “devueltos” de los servicios de Urgencias por los porteros, el personal de seguridad o el personal de admisiones de urgencias, por factores diferentes a los elementos clínicos, sin ni siquiera ser vistos por el equipo de triage (Hernández, 2001).

5.5.2 Se requiere en la infraestructura de un servicio de Urgencias algunos elementos que no siempre están disponibles en algunos servicios: elementos para recepción del paciente: sillas, camillas de traslado, camillas de atención, unidades de atención, medicamentos, insumos, equipos de atención -tensiómetros calibrados, fonendoscopios, pulso oxímetros, monitores de signos vitales, monitores fetales, glucómetros, equipos de órganos de los sentidos, equipos de intubación, redes de oxígeno, ventiladores respiratorios, equipos de sutura-, y muy especialmente, personal instruido, capacitado y formado para el manejo de pacientes críticos, lo que incluye personal de triage, médicos de atención, personal de enfermería y de auxiliares de enfermería, camilleros, médicos especialistas -si es del nivel requerido-, ayudas diagnósticas de laboratorio e imágenes, quirófanos, salas de recuperación, unidades de mediana o alta dependencia. Todo esto con un objetivo común: la sobrevivencia de los pacientes o la disminución de las complicaciones asociadas a sus enfermedades en este caso especial, agudas.

5.5.3 En el caso específico del equipo de triage, la Resolución 5596 de 2015 del Ministerio de Salud y Protección social, se permite que clasifiquen auxiliares de enfermería o paramédicos en el primer nivel de complejidad; enfermeros en el segundo y tercer nivel de complejidad, y personal médico en los niveles de alta complejidad. La dificultad radica en la preparación de ese personal, desde su formación básica, su

formación técnica clínica, su formación en calidad, atención al cliente y los marcos legales que involucran. Intervenir en la autonomía clínica de los clasificadores interponiendo contrataciones, “instrucciones de clasificación” con patrones pre establecidos, diferentes a la necesidad clínica, son elementos importantísimos a la hora de intervenir un paciente con necesidad clínica importante.

Elegir personal, profesional o auxiliar si es permitido, con formación básica y poca experiencia, “porque se dejan manejar mejor o cumplen órdenes” (concepto de los autores del trabajo de tesis) va a repercutir en el tiempo, en complicaciones del estado de algunos pacientes, demoras en sus tiempos de atención, imposición de barreras de acceso a los servicios de salud en caso de urgencia o emergencia requerida.

5.5.4 Congestión en los servicios: la falta de oportunidad en las atenciones y prestaciones de las entidades encargadas por las Empresas Administradoras de los planes de beneficio, EAPB o Empresas Prestadoras de servicios de salud, EPS, lleva a que los pacientes a quienes se les demora o no logran acceder oportunamente a un servicio de salud, se volquen hacia los servicios de salud, intentando dar respuesta a esas necesidades de atención. Dicha falta de oportunidad se asocia a la falta de educación en salud, a la falta de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que genera que se congestionen los servicios de urgencias, pero específicamente el servicio de clasificación de pacientes -Triage-, por cuanto se requiere de un tiempo muy limitado para escucharlos, clasificarlos y direccionarlos en las salas de espera. Muchas veces se van a sentar pacientes críticamente enfermos con pacientes que requieren y pueden tener atenciones ambulatorias y muchas veces con pacientes no enfermos que acuden al servicio con otros objetivos. Este elemento, asociado a la dinámica de algunas enfermedades de aparición súbita y atención urgente o emergente, aumentan el tiempo de espera y el riesgo de complicaciones en pacientes críticamente enfermos.

5.5.5 No ver los pacientes en el triage, no escucharlos adecuadamente y darles el tiempo para que se expresen, que de llegada ya es poco, valorar sus signos vitales, en

ocasiones “ver” que pasa, tocarlos, darse el tiempo de pensar en el riesgo que tiene el paciente, es un elemento y escribir lo correcto, lleva frecuentemente a errores en la clasificación. Si bien es frecuente escuchar especialistas en urgencias, rezando “que el triage es solo definir riesgo”, el clasificar involucra elementos sociales, clínicos, humanos y requiere de ser adecuada y asertivamente realizado. En la medicina clásica, específicamente antioqueña, se dice que “quien no mete las manos, mete las patas”, sabio elemento que enmarca parte de la *lex artis* médica.

5.5.6 No entregar los formatos de clasificación encierra un gran componente de responsabilidad: se habla a veces de contratación, dinámica de enfermedades, disponibilidad de servicios, insumos y componentes, instrucciones de direccionamiento, y no se colocan dichas instrucciones en el formato de triage, que servirían de elementos probatorios. Es frecuente ver como los pacientes se direccionan sin atenciones y sin los formatos donde se debe consignar qué se hizo o qué se les dijo durante las clasificaciones.

5.5.7 La situación más importante y de mayor relevancia, que se ve día a día en unidades de alta complejidad, es el direccionamiento de pacientes a mayor complejidad, sin atenciones mínimas a las que tienen derecho los pacientes y no se les brindan “por creer que se atrasa la atención”, trasladando la responsabilidad de la atención en salud a personas muy enfermas (pues la responsabilidad de hacerlos llegar a unidades de mayor complejidad, en ambulancias o con atenciones previamente conseguidas por el sistema de referencia de pacientes, corresponde al médico tratante inicial de menor complejidad y a su equipo de trabajo hospitalario, velar porque ese paciente llegue seguro y acompañado por personal de salud responsable), sin recursos económicos, sin conocimiento de la red de atención, haciéndoles firmar “retiros voluntarios” (formatos de retiro de los pacientes que firman, después de explicarle al paciente o sus familiares o responsables, los riesgos de retirarse durante la atención en unidades de Urgencias), que esconden negaciones de servicios, altas inducidas y desconocimientos técnicos de las prestaciones de servicios de salud.

Se les direcciona sin ni siquiera hacer atenciones mínimas requeridas como suturas, inmovilizaciones, manejo del dolor, estabilización de signos vitales y traslados, que someten al paciente a no tener manejo de su enfermedad y exponen a instituciones prestadoras de salud y sus agentes a riesgos jurídicos por falla en el servicio.

5.5.8 Complicaciones clínicas: Tan importante como minimizar los tiempos de atención de los pacientes -para ofrecer mayor oportunidad de acceso a los recursos de salud-, es la evolución normal, a veces crítica, de las enfermedades que son urgentes o emergentes, las sufren pacientes que no saben de signos o síntomas de emergencia, que pudieron tener barreras para llegar al nivel indicado de atención y que presentan descompensaciones rápidas o complicaciones que pueden llevarlos a la muerte, o secuelas graves en su estado funcional de salud.

Se hace énfasis aquí en que no solo es la formación académica de quien hace triage, ni su capacitación técnica en clasificación y atención a usuarios, es la actitud de persona, la actitud ética y profesional, y así también la experiencia como elemento importante en el manejo de unidades de clasificación de pacientes con la posibilidad de disminuir los riesgos en todos los niveles que esa formación y experiencia aportan a la disminución de complicaciones y a la disminución de riesgos incluido el jurídico por falla en el servicio.

Por otra parte, se abordan conceptos de dos médicos que han tenido experiencia en el tema del triage. Mediante entrevista se indaga sobre sus percepciones desde el punto de vista profesional. Según el Doctor Gustavo Alonso Tangarife Betancur, médico del Hospital General en urgencias

En el ejercicio médico, la realización de un triage hospitalario no solo está influenciado por los conocimientos previos en el área médica propiamente dicha, sino también, por la experticia que tiene el médico en la identificación del riesgo que tiene el paciente de perder su vida o la función de un sistema; se pudiera considerar este ejercicio casi un arte, ya que el médico adquiere en su quehacer, la habilidad para ser asertivo al momento de establecer el nivel de riesgo. Durante el proceso de atención, el médico tiene la obligación de poner en contexto los múltiples motivos de consulta de cada paciente en particular, con el fin de dilucidar la vulnerabilidad en la que pudiera estar inmerso,

situación que aumentaría la probabilidad de empeorar el riesgo. Es por eso que toma una vital relevancia un médico bien entrenado en el ejercicio de triage, ya que una oportunidad perdida acarrearía problemas de salud irreversibles o en el escenario más oscuro la muerte para un paciente que es mal clasificado o devuelto de los centros hospitalarios (Comunicación personal, Tangarife, octubre 26 de 2021)

A su vez, se aborda el concepto de Pablo Emilio Ortiz Tabera, Médico del Hospital General en Urgencias, quien considera lo siguiente:

En el ejercicio de la medicina el hacer triaje, significa un sinfín de paradigmas y decisiones que se deben tomar en un pequeño momento, mirando el paciente en contexto y tratando de definir qué es lo mejor y asertivo para dicho paciente teniendo en cuenta que están en juego muchas cosas desde la salud del paciente hasta el daño de un órgano que en ocasiones podría ser vital o producir un daño irreparable, hasta la muerte. Hacer triaje es un ARTE como lo es la medicina misma (Comunicación personal, Tabera, octubre 26 de 2021)

5.6 Consecuencias de un buen triage.

El Hospital General de Medellín ha invertido muchos recursos, no solo en la contratación de médicos, sino además en las respectivas capacitaciones que estos médicos deben de tener de procesos técnicos y clínicos. Uno de esos procesos ha sido el Triage, con convenios docente asistenciales, se ha enviado al personal médico encargado del triage a perfeccionarse en los diferentes procesos de clasificación de pacientes, la retroalimentación en la norma, en la atención de los usuarios y en perfeccionamiento de escenarios clínicos, lo que es una fortaleza que tiene el equipo de médicos clasificadores, que ha venido perfilándose durante varios años en técnicas de triage, y es una importantísima herramienta de prevención de errores al momento de la clasificación, apoya que el derecho a la salud, tan conexo a la vida, sea todo el tiempo preservado o se reduzca, al menor porcentaje posible, la posibilidad de equivocación al realizarlo.

El sacrificar médicos en la clasificación de pacientes, la inversión en tiempo y dinero en sus formaciones, no es un gasto que realiza la institución, es una inversión en la salud de los pacientes, se disminuye en un gran porcentaje las complicaciones clínicas

asociadas a una inadecuada clasificación, porque se retarda la atención o se re-direcciona al paciente equivocado y se complica. Esta suma de actos dirigidos a cuidar la salud de los pacientes no puede dejar de considerarse como una valiosa inversión en la salud de una comunidad necesitada de atención, sino que además, es una inversión en la prevención de riesgos legales asociados a la atención en salud, en este caso en el triage.

Conclusiones

1. Clasificar inadecuadamente pacientes en un servicio de urgencias público de alta complejidad, no solo se convierte en un factor de riesgo para complicaciones en la salud de estos pacientes, sino que además configura un riesgo elevado de muerte y de daño en el servicio, por no hacerlo bien.

2. Después de hacer un recorrido técnico por los conceptos clínicos y administrativos en salud, por la estadística de las atenciones realizadas y la jurisprudencia, doctrina, normas y leyes, queda claro que la falla en el servicio en las salas de urgencias se constituye como la razón más recurrente por la cual las personas pueden demandar la responsabilidad del estado por fallas en el servicio en cualquiera de sus distintas modalidades y que como consecuencia para el Estado colombiano, se traducen en indemnizaciones cuantiosas gracias a que no se cumplió con su deber de prestación adecuada del servicio médico asistencial, considerado hoy día como derecho fundamental y su no garantía significa una grave transgresión a la constitución misma, es el sistema de clasificación de pacientes –triage- un elemento importante en la dinámica de las atenciones que se realizan en los servicios de urgencias, más de alta complejidad en salud en Colombia, por cuanto un mal triage no solo conlleva a catástrofes clínicas en la salud, sino que pone en altísimo riesgo jurídico, por posibles y futuras demandas costosas a la institución para la cual trabaja el profesional que realiza la clasificación.

3. No se puede entonces garantizar clasificación “segura”, especialmente al direccionar pacientes con patologías complejas, que pudieran estar bien durante la clasificación, pero empeorar en minutos y llevar a una catástrofe clínica, configurando una responsabilidad clínica por falla en el servicio, al personal clínico que realiza dicha actividad de salud. Es ese el escenario para el estudio y análisis de factores de riesgo clínico con implicaciones legales de responsabilidad en los médicos encargados de la clasificación, que muy seguramente llevará a una condena del Estado y a un

resarcimiento del mismo por demandas de responsabilidad debido a la falla médica o error en la clasificación de pacientes.

Referencias

- Alpízar, C. C. (2014). Los sistemas de triage: respuesta a la saturación en las salas de urgencias. *Enfermería actual en costa rica*, (27).
- Álvarez, M. L., Ramírez, N., y Velásquez, A. L. (2017). *Tipología de la responsabilidad del Estado* (Doctoral dissertation, Universidad Libre Seccional Pereira).
- Aurenque, D. (2020). Consideraciones éticas en contexto de triage por COVID-19. *Revista médica de Chile*, 148(4), 562-563.
- Baker, R., y Strosberg, M. (1992). Triage and equality: An historical reassessment of utilitarian analyses of triage. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2(2), 103-123. .
- Consejo de Estado colombiano (1967). Sección tercera. Sentencia del 28 de abril de 1967. Magistrado Ponente: Carlos Portocarrero Mutis.
- Consejo de Estado colombiano (1990). Sección Tercera. Sentencia del 24 de octubre de 1990. Exp. 5902. Magistrado Ponente: Gustavo de Greiff Restrepo
- Consejo de Estado colombiano (1992). Sección Tercera. Sentencia 6255 de marzo 26 de 1992. Magistrado Ponente: Julio Cesar Uribe Acosta
- Consejo de Estado Colombiano (2012). Sección Tercera. Sentencia del 6 de junio de 2012. Exp. N° 24133. Consejero Ponente: Carlos Alberto Zambrano Barrera.
- Consejo de Estado Colombiano (2015). Sección Tercera. Sentencia del 5 de marzo 2015. Consejero Ponente: Danilo Rojas Betancourth
- Consejo de Estado, Sala de lo Contencioso Administrativo, Sección Tercera, Sentencia del 27 de abril de 2011. Exp. N° 19192. Consejero Ponente: Mauricio Fajardo Gómez.

Corte Constitucional de Colombia, Sentencia T- 528 (1999), julio 23,
Magistrado Ponente: Fabio Moron Díaz

De Colombia, C. P. (1991). Constitución política de Colombia. *Bogotá, Colombia: Leyer, I.*

Fernández, G. J. I. (2006). Triage: Attention and selection of patients. *Trauma. La urgencia médica de hoy*, 9(2), 48-56.

Gómez, J., Boneu, F., Becerra, O., Albert, E., Ferrando, J. B., y Medina, M. (2006). Validación clínica de la nueva versión del Programa de Ayuda al Triage (web_ e-PAT v3) del Modelo Andorrano de Triage (MAT) y Sistema Español de Triage (SET). Fiabilidad, utilidad y validez en la población pediátrica y adulta. *Emergencias (St. Vicenç dels Horts)*, 207-214.

Hidalgo, C., Martín, S., Moreno, S., y García, B. (2007). Emergencias: revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. *Emergencias: Revista de La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, ISSN, 1137-6821.

Hospital General de Medellín (2019) Información recibida de la oficina de calidad del hospital general, y de estadística.

Icart, M. T., Icart, M. C., y Garolera, M. (2012). Triage (2009): la ética en tiempos de guerra. *Revista de Medicina y Cine= Journal of Medicine and Movies*, 2012, vol. 8, num. 4, p. 142-149.

Jiménez, J. G. (2011). Sistema Español de "Triage": grado de implantación y posibilidades de desarrollo futuras. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 23(5), 344-345.

Madera, P. G. (2017). Triage accepted into the dictionary of the Royal Spanish Academy. *Emergencias: revista de la Sociedad Espanola de Medicina de Emergencias*, 29(1), 65.

- Medina, J., Ghezzi, C., Figueredo, D., León, D., Rojas, G., Cáceres, L., y Recalde, L. (2007). Triage: experiencia en un Servicio de Urgencias Pediátricas. *Revista chilena de pediatría*, 78(2), 211-216.
- Ministerio de Salud y de Protección social (2012) Resolución 459 de 2012, 6 de marzo de 2012
- Ministerio de Salud y de Protección Social (2015) Resolución 5596 de 2015, 24 de diciembre de 2015
- Miró, Ò. (2016). Triage ya está en el Diccionario de la Real Academia Española. *Emergencias*, 28(4).
- Mitrano, C., y Peñafiel, F. (2015). Estratificación de riesgo (Triage) en el Servicio de Urgencia. *Rev Chilena de Med intensiva*, 30(2), 79-86.
- Montero, M., Domínguez, E., y Gómez, A. (2013). Triage prehospitalario: nociones básicas para profesionales no entrenados. *Metas enferm*, 6-12.
- OMS (2020) Sistema de salud colombiano, mejor de lo que se piensa. <https://www.semana.com/confidenciales/articulo/sistema-de-salud-colombiano-mejor-de-lo-que-se-piensa/658316/>
- Resendiz, J. L., Estrada, M. D. V. M., y Quezada, R. L. (2006). Triage en el servicio de urgencias. *Medicina interna de México*, 22(4), 310-316.
- Serrano, R. A. (2014). *Sistema de triaje en urgencias generales* (Doctoral dissertation, Universidad Internacional de Andalucía).
- Soler, W., Gómez, M., Bragulat, E., y Álvarez, A. (2010). El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 33, pp. 55-68). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

Tribunal Administrativo de Cundinamarca, Sección tercera - Subsección "A", Sentencia del 21 de enero de 2010. Expediente N° 2002 – 02274. Magistrado Ponente: Alfonso Sarmiento Castro.

Vásquez, R., Luna, C., y Ramos, C. M. (2019). El triage hospitalario en los servicios de emergencia. *Revista de la facultad de Medicina Humana*, 19(1), 5-5.

Vásquez, R., Luna, C., y Ramos, C. M. (2019). El triage hospitalario en los servicios de emergencia. *Revista de la facultad de Medicina Humana*, 19(1), 5-5.

Veatch, R. M. (2005). Disaster preparedness and triage. *Mount Sinai J Med*, 72(4), 236-241.

Vergara, J.M, y Galiana A. B. (2008) Triage
<http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/pdguanabo/triage.pdf>