

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

[DOI 10.35381/cm.v7i3.572](https://doi.org/10.35381/cm.v7i3.572)

La aplicación del Triage, en la prestación del servicio de salud en el Ecuador

The application of Triage in the provision of health services in Ecuador

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca
jimena.cherrez.79@est.ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0001-7505-380x>

Eduardo Xavier León-Micheli
eduardo.leonm@ucacue.edu.ec
Universidad Católica de Cuenca, Cuenca
Ecuador
<https://orcid.org/0000-0001-5792-099X>

Recibido: 15 de agosto de 2021
Aprobado: 15 de noviembre de 2021

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

RESUMEN

El estudio se orienta en la aplicación del servicio de Triage en los hospitales del Ecuador, para ello se efectuó un estudio de tipo descriptivo, para identificar la forma correcta de la aplicación de Triage en los servicios médicos. Entre los resultados esperados, se identificó un cambio en el proceso con la llegada del COVID-19 al país, adicional se observaron diversas falencias en la atención, además de la existencia de vulneración de derechos a la salud, por la falta de capacidad y recursos de los hospitales. Con base a lo anterior, se elaboran estrategias encaminadas a contribuir en optimizar la atención en el área de urgencias a favor del bienestar y la seguridad colectiva.

Descriptores: Deontología; ética médica; ética de la ciencia. (Palabras tomadas del Tesauro UNESCO).

ABSTRACT

The study is oriented on the application of the Triage service in Ecuadorian hospitals, for which a descriptive study carried out to identify the correct way of applying Triage in the provision of medical services. Among the expected results, a change in the process was identified with the arrival of COVID-19 in the country, additional deficiencies in care were observed, in addition to the existence of violation of health rights, due to lack of capacity and hospital resources. Based on the above, strategies developed to contribute to the quality of service in the emergency area in favor of well-being and collective safety.

Descriptors: Deontology; medical ethics; ethics of science. (Words taken from the UNESCO Thesaurus).

INTRODUCCIÓN

En Ecuador, el derecho a la salud se encuentra establecido en el art. 32 de la máxima instancia de justicia de la Constitución de la Republica CRE (2008), donde se expone como un derecho que debe garantizarse por el Gobierno Central, aspectos que se relacionan otros derechos que se orientan al buen vivir de la ciudadanía, garantizados a través de políticas públicas de acceso permanente, oportuno, sin discriminar actividades y servicios para promocionar de forma integral el sistema de salud. Dispone además que la prestación de tales servicios se efectúe bajo los ejes de equidad, la globalidad, ser solidarios, de manera de optimizarlos.

Sin embargo, en un estudio realizado a una entidad de salud en el Ecuador, específicamente en el área de Triage, Avilés (2016) encontró inconvenientes los servicios de salud, por la falta infraestructura adecuada, así como de recursos tecnológicos, a la vez se observa que el tiempo de espera de los pacientes es mayor a lo establecido, lo anterior es por la falta de un equipo multidisciplinario que implemente medidas correctivas.

Por tanto, se identifica que en el servicio de Triage se vulneran el acceso a la salud y a la calidad como tal, derivado por la falta de atención oportuna por parte del personal sanitario, la elevada demanda de los usuarios para recibir atención sanitaria y la ineficiencia de las planificaciones, razón por la que considera necesario analizar el servicio de Triage e identificar si se respetan los derechos de la población en el ámbito de la salud, con enfoque de la pandemia ocasionada por el COVID-19.

Con las condiciones expuestas, es evidente la necesidad de determinar si en el área de Triage cuenta con los parámetros adecuados a favor de brindar salud. Razón por la cual, la investigación tiene como propósito la aplicación del Triage en el Servicio de Urgencias en Ecuador, para ello es necesario observar la naturaleza del proceso y los parámetros el Triage ejecutados por los médicos, así proponer estrategias para la aplicación oportuna. El inconveniente se estructura en el marco de la vulneración de derechos relacionados con la salud para la atención a los usuarios de los hospitales de Cuenca en las unidades

de urgencias. En tal virtud, se plantean las siguientes interrogantes ¿Cuáles son los derechos vulnerados a los usuarios, al considerar la atención en Triage en los hospitales la ciudad de Cuenca? Sin embargo, no se identifica estudios que aborden el análisis, evaluación del sistema de Triage en el área de urgencias, en consecuencia, de ello, el desarrollo del actual documento se justifica para tratar de cubrir ese vacío en el aporte académico sobre el tema.

En efecto, se argumenta desde lo social, académico y profesional. En primera instancia, el estudio se convierte en un referente sobre la aplicación del Triage para servicio de urgencias en el Ecuador al analizar la prestación de los servicios de salud, expone los parámetros operativos que delimitan la atención médica prioritaria de los usuarios, de allí proponer estrategias para el procedimiento adecuado, todo esto se ejecuta para proteger y cumplir los derechos fundamentales de quienes necesitan atención sanitaria en las unidades de urgencia.

Como afirma Déniz *et al.* (2019) la oportuna aplicación del proceso de Triage es relevante en los servicios de urgencias, siendo un mecanismo que enfrenta situaciones como el colapso hospitalario por la presencia de varios usuarios o la falta de recursos humanos, tecnológicos, económicos, de infraestructura, etc. De hecho, el aporte significativo de tales procesos, es que actúa como herramienta a favor de la atención adecuada de los pacientes, no obstante, se evidencia que el conocimiento por los profesionales de la salud es limitado, lo cual implica que el procedimiento no se ejecute a cabalidad.

Para Vásquez-Alva *et al.* (2019) el Triage es parte de la gestión sanitaria que busca garantizar el optimizar los recursos utilizables, a través de la categorización de sintomatología validada que determina las necesidades de hospitalización y tratamiento. Por tanto, el profesional médico al iniciar el primer contacto con la paciente emplea un modelo de calidad, en el cual se detallen los indicadores fiables y útiles que respondan a las necesidades del entorno en función de los estándares establecidos por los hospitales. Así mismo, la investigación es relevante a nivel académico al constituir un aporte científico con información primaria, literatura probada y jurídica en materia de derecho

médico, la importancia del derecho en salud se afianza durante los últimos años a partir de las modificaciones legislativas, por ejemplo, en la aplicación del Derecho Internacional que influye en las decisiones del derecho estatal.

Referencial teórico

Evolución histórica del método del Triage en los servicios de salud

Según Cardona (2015), el Triage inicio en los campos de batalla napoleónicos para clasificar y priorizar a los heridos de guerra entre los años 1766 y 1842, el barón Dominique- Jean Larrey utilizó por primera vez el término francés que se significa categorizar. De esta forma, la clasificación de heridos disminuyo la mortalidad de soldados.

Por otro lado, de acuerdo con Suarez *et al.* (2019) el Triage se introdujo en el siglo XX en la sala de urgencias, en el año 1960, pero no fueron eficaces, confiables y de ninguna utilidad. Paralelo en Manchester se diseñó la escala (MTS) que fue mucho más eficiente que la creada en América. Luego, en el año 2000 se creó la Escala Nacional Australiana para el Servicios de Urgencia (NTS) que fue revisada y de mucha utilidad, y por último en 2003, se introduce en España el Sistema de Triage Español (SET).

Las técnicas de Triage en los servicios de urgencia de acuerdo con Calero (2018), existen diversos sistemas utilizados en clasificación de pacientes según la necesidad de urgencia, para solventar el flujo de usuarios en la unidad hospitalaria, dichos sistemas son estructurados por categorías, niveles y tiempo de acción, además, algunos Triajes son exhibidos en sala de emergencias por colores, entre ellos tenemos el Sistema de Triage Español (SET), La clasificación Canadiense de Triage y Severidad (CTAS) y el Sistema de Triage de Manchester (MTS), de los cuales son los más útiles y eficaces, a continuación se detalla en las siguientes figuras:

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

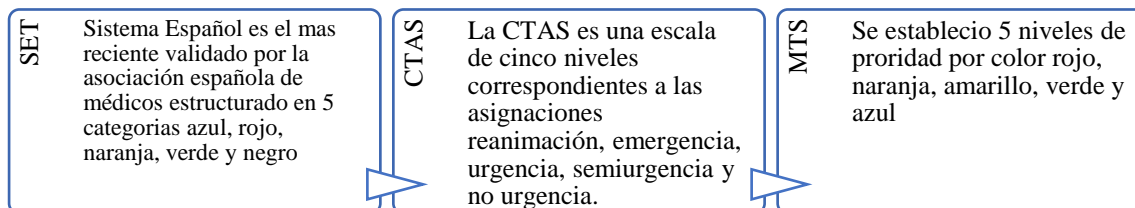


Figura 1. Sistemas de Triage.
Fuente: Adaptado de Calero (2018).

En la figura 1, se muestra los 3 sistemas de Triage con mayor utilidad.

Tabla 1.
 Diferencia de los diferentes sistemas de Triage.

	SET	CTAS	MTS
Nivel I	Urgencia Vital- Resucitación Atención Inmediata	Resucitación Atención Inmediata	Resucitación Atención Inmediata
Nivel II	Emergente riesgo vital 7 minutos	Emergencia 15 minutos	Emergencia 10-15 minutos
Nivel III	Urgente 30 minutos	Urgente 30 minutos	Urgente 60 minutos
Nivel IV	Menos urgente 45 minutos	Urgencia Menor 60 minutos	Urgencia Menor 2 horas
Nivel V	No urgente 1 hora	No Urgente 2 horas	Sin Urgencia 4 horas

Nota: Adaptada de Calero (2018).

En la tabla 1, se presenta los 3 sistemas de Triajes más comunes aplicado en urgencias médica, los modelos difieren por color, categoría (emergencia, urgencia y no urgente) y tiempo de atención que va desde la atención inmediata a 2- 4 horas de espera.

En Ecuador de acuerdo con el Ministerio de Salud (2020) emitió el Plan de acción en conjunto con la red pública de salud y entidades pre-pagadas de salud para combatir la

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

propagación del virus, en el país y en la región se limitó la consulta externa como primera estrategia y dio paso a telemedicina, el Estado priorizo enfermedades vías respiratorias, asimismo, se implementó la guía de manejo de pacientes por la OMS (2020) en la cual señalaba la prioridad en pacientes con infecciones respiratorias agudas por sospecha de COVID-19, además, el Triage en la emergencia fue determinada por la siguientes escalas CURB-65, CRB-65 relacionadas con la neumonía y la Escala de Advertencia Temprana *NEWS 2* cuyos parámetros fueron relacionados con la saturación y respiración.

Parámetro Fisiológico	3	2	1	0	1	2	3
Frecuencia respiratoria	<8		9-11	12-20		21-24	>=25
Saturación de oxígeno	<= 91	92-93	94-95	<=96			
SpO2 en caso de EPOC	<= 83	84-85	86-87	88-92 <=93 sin O2	93-94 con O2	95-96 con O2	>=97 con O2
¿Oxígeno suplementario?		Si		Aire ambiente			
Tensión arterial sistólica	<=90	91-100	101-110	111-219			>=220
Frecuencia cardíaca	<=40		41-50	51-90	91-110	111-130	>=131
Nivel de consciencia				Alerta			C,V,D,I*
Temperatura	<= 35.0		35.1-36.0	36.1-38.0	38.1-39.0	>39.1	

Figura 2. Escala de Advertencia Temprana *NEWS 2*.

Fuente: Recuperado de Prado et al. (2019).

En la Figura 2, se muestra los niveles por medio de colores según la urgencia en la escala *NEWS2*, la cual se utilizó para clasificar a los pacientes en la crisis sanitaria.

Puntaje CURB-65	Mortalidad %	Recomendación
0	0.6	Bajo Riesgo
1	2.7	Ambulatorio
2	6.8	Hospitalización corta y seguimiento estrecho.
3	14	Hospitalizar
4-5	27.8	Considerar UCI
Puntaje CRB-65	Mortalidad %	Recomendación
0	0.9	Muy bajo riesgo
1	5.2	Ambulatorio
2	12	Considerar hospitalización
3 o 4	31.2	Hospitalización

Figura 3. Escala CURB-65 y CRB-65.

Fuente: Adaptado de Pineda et al. (2018).

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

En la figura 3, se presentan las escalas relacionadas con neumonía adquirida, la cual se basó la transferencia y contra-transferencia en la categorización de pacientes en la crisis sanitaria, según el puntaje se clasificó el color como rojo atención inmediata u hospitalización, en cambio el verde telemedicina o ambulatorio.

En cuanto a la calidad de salud con respecto a los servicios que ofrece, el ente regulador de todos los sistemas de salud pública y privada es el Estado expuesta en la CRE (2008), el MSP es la autoridad que vigilará y ejercerá el sistema nacional de salud, con un programa referencial para toda la región en promoción, prevención de enfermedades y niveles de atención de calidad, por tanto, garantiza el acceso y el derecho de salud integral al Ecuador.

En ese sentido, la Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS) es la entidad encargada en controlar y promover los servicios estatales y no de salud de forma eficiente, así pues, se garantiza profesionales, infraestructura y manejo de seguridad de los usuarios o pacientes en el país.

El Triage como indicador en los servicios de salud y eficiencia

De acuerdo con Vásquez-Alava *et al.* (2019) el Triage en el área de emergencia es importante en cuestión de gerencia hospitalaria cuando la demanda de pacientes sobrepasa la capacidad o recursos de las personas para la oportuna atención. De hecho, la ejecución de Triage en urgencia aumenta la calidad asistencial de hospitales. Asimismo, Grande-Ratti *et al.* (2020) refieren a la clasificación de pacientes en sala de urgencias como indicadores de calidad y seguridad, además, una falta de pericia en valoración de usuarios genera el fenómeno subtraje, lo cual expone la demora de ingreso del usuario a hospitalización o UCI, por consecuencia, esto disminuye la calidad de atención.

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

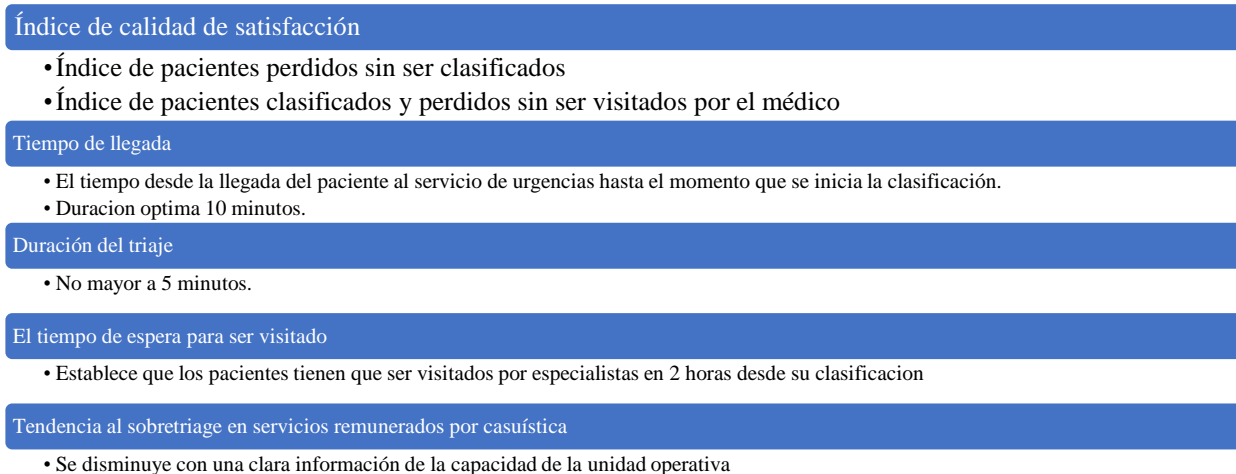


Figura 4. Indicadores de calidad en Triage.

Fuente: Adaptado de Vásquez-Alba (2019).

En la figura 4, se muestra el Triage en los servicios sanitarios, se menciona 5 indicadores sobre satisfacción, tiempos de duración en cada proceso y a la vez cuidar el flujo de pacientes de emergencia para no exceder la capacidad de atención en hospitalización o UCI.

Marco referencial de salud en la aplicación del Triage en el Ecuador

El MSP en el Ecuador es el ente encargado de establecer los mecanismos de atención en los niveles de cobertura de los centros de salud. En tal sentido, es el encargado de referir los parámetros establecidos para la atención la aplicación del Triage. El mismo que comprende diferentes niveles, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2020), que son los siguientes: prioridad 1 (rojo), preferencia 2 (amarillo), procedencia 3 (verde) y preferencia 4 (negro).

Con lo mencionado, es evidente que en el área de Triage una de las principales precauciones que debe tener el personal de la salud ecuatoriano es la correcta clasificación de las víctimas de diferentes situaciones priorizando la vida, en el manual

del Ministerio se establece que en el caso de dudas se debe clasificar al paciente como grave. Desde el punto de vista García *et al.* (2019) la implementación de las unidades de Triage en casas de salud contribuye a la gestión sanitaria. En contraste, desde el personal del servicio médico se destaca la importancia en la estructura del proceso de Triage, tanto para profesionales como pacientes; uno de los principales retos que se afrontan es la sobresaturación del sistema de salud y las limitaciones en recursos para la atención apropiada

Marco jurídico: según la OMS (2019) dar servicios en urgencias exige planes de acción que se fundamenten en la atención oportuna para salvar la vida de la población. A nivel internacional, la Organización Panamericana de la Salud (2017) reconoce la importancia del Pacto Internacional de Derechos como son los derechos Económicos, sociales y culturales que se mantiene en vigencia, puesto que insta a los Estados a reconocer la salud física y mental.

Por su parte, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (2020) refiere que los pacientes tienen la libertad de acudir a los centros de salud de preferencia, sin que sean objeto de prohibición o discriminación. Un punto importante, con relación al -sistema de Triage- es mandante para crear condiciones que afirmen a la población la asistencia clínica oportuna de los servicios médicos. En el caso de Ecuador, en la CRE (2008) con se establece que la salud es un derecho sustentado en la que el Estado debe garantizar, debido a que es la puerta para el ejercicio de diversos derechos. Lo anterior se evidenció durante la pandemia de COVID-19, en donde el servicio a la salud hacia los pacientes tuvo supremacía sobre los demás derechos, como es la libre circulación, a la libre expresión, al acceso a la educación, entre otros.

Marco ético: la OMS (2017) afirma que la vulneración de los DDHH en salud acarrea consecuencias sanitarias, como es en el caso de la falta de un oportuno protocolo de Triage, situado en la diferencia manifiesta o implícita en prestar servicios que quebranta todo derecho fundamental.

De acuerdo con Fariño *et al.* (2018) la Atención Primaria de Salud representa un derecho alcanzado en el nivel máximo de calidad, con alta jerarquía y solidaridad que contempla responder de forma efectiva a los requerimientos de salud que demanda la población, en términos de operatividad y oportuna continuidad de la atención a la salud que debe recibir la ciudadanía, en donde la eficacia y eficiencia primen frente a prospectos políticos o sociales.

En este contexto, se refiere de forma implícita la importancia de que el accionar de los profesionales de la salud se apegue a diferentes códigos éticos, a más de ello se establece la obligatoriedad en la CRE (2008). De forma específica se instituyó el Código de Ética Médica, que se encuentra vigente desde el año 1992, en el que se establece diferentes funciones que son intrínsecas a la profesión; en congruencia con el Triage se menciona: Responsabilidad por la conservación de la vida, llevar una ficha clínica, en casos graves o desenlaces fatales se debe dar aviso oportuno, dar a conocer a familiares en caso de incurabilidad, no se debe privar del servicio de salud en el caso de pacientes crónicos, respeto de creencias religiosas, realizar procedimientos clínicos o quirúrgicos con elementos que garanticen la seguridad del paciente.

Marco disciplinar: En el Ecuador el MSP (2020) realizó el Conceso Multidisciplinar en Pacientes Covid-19, cuyo propósito es optimizar la práctica médica, por equipos que abordar diferentes áreas, sobre la prioridad de personas en el tratamiento hospitalario de la COVID 19. Aparte, el conceso se dirigió a médicos, especialistas, paramédicos, enfermería y todo el personal sanitario, incluso entidades académicas, científicas y profesionales privados en la rama de salud, para ello, el Ecuador firmó el AC (2020) número 00126-2020 que asocia la emergencia en salud.

Por tanto, la elaboración del manejo de sujetos que posiblemente tienen SARS CoV-2 / COVID 19 se reunieron médicos ecuatorianos de diversas especialidades focalizado en diferentes profesionales de salud para una oportuna atención, para ello se utilizaron ensayos clínicos, guías de práctica clínica AGREEII (OMS, 2020). A continuación, se detalla en la figura el manejo de pacientes.

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

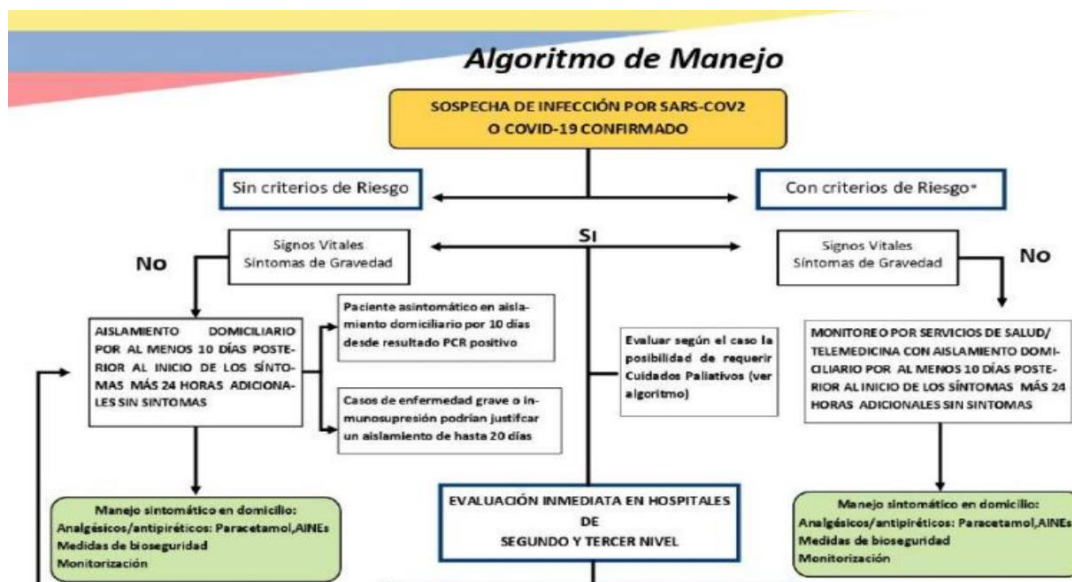


Figura 5. Algoritmo multidisciplinario de manejo de pacientes COVID-19.
Fuente: Adaptado del MSP (2020).

En la figura 5, se muestra el procedimiento para tratar el COVID-19, cabe recalcar que el diseño de la guía es dirigido para médicos, enfermeros y especialistas y sobre todo la población, de hecho, empieza en la sospecha confirmación de la infección, enseguida, la toma de signos si cumple la sintomatología de gravedad se ingresa a hospitalización para el adecuado tratamiento de especialistas, caso contrario se determina el aislamiento domiciliario, prescripción de analgésicos y monitoreo por telemedicina

Contexto de aplicación del Triage en crisis sanitaria

De acuerdo con el MSP (2020), refieren la aplicación de líneas de SPII, donde se detalla las normas y recomendaciones para los casos de infección COVID-19. Para ello, los escenarios por infecciones de extranjeros, adquiridos en el país y la epidemia como tal. Luego el personal de salud aplico el sistema de Triage de identificar, aislar e informar los casos a las autoridades, con el propósito de priorizar la atención a la sospecha o confirmación de casos de coronavirus.

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

El sistema inicio con la identificación por síntomas respiratorios como: malestar, tos seca, fiebre, disnea, dolor de garganta y signos radiológicos en los pulmones. Seguido de aislar pacientes sintomatológicos se procedió a realizar pruebas PCR para confirmar los casos y emitir los casos a estadística (Ministerio de Salud, 2020).

Aparte, el MSP (2020) en la pandemia coordino con el ECU 911 para gestionar llamadas de casos sospechosos de COVID-19, si los síntomas eran severos se trasladaba a los pacientes a las casas asistenciales con el siguiente protocolo código ESPII, primero, la asignación de cama en áreas destinadas a pacientes infectados, enseguida, la entrega de registro sociodemográficos y la clasificación de prioridad por signos vitales, estado de conciencia y evolución del cuadro clínico, luego, la focalización de vigilancia epidemiológica al núcleo familiar para finalizar con el tratamiento adecuado.

MÉTODO

Diseño metodológico

Tipo de investigación

Según el alcance el estudio es exploratorio y descriptivo; el primero analiza problemas no abordados, investigan desde un enfoque innovador y preparan el contexto para nuevos postulados, en el segundo se toma en cuenta el fenómeno a indagar el entorno, para identificar las variables (Hernández et al. 2014).

Con ello, esta investigación es exploratoria por cuanto analiza el problema de la deficiente atención sanitaria, debido al inoportuno proceso de triaje que se lleva a cabo en las unidades hospitalarias de Ecuador. Así mismo, es descriptivo, pues se analiza los estándares para un adecuado proceso de triaje, con ello se definen las variables en el marco de la propuesta del protocolo (Erazo, 2021).

Técnicas y procedimientos para la recolección de la información

Para cumplir el propósito de la investigación, se aplica técnicas e instrumentos para derivar información de relevancia, con base a lo siguiente:

Bibliográfica: se revisa literatura de autores e instrumentos jurídicos que ayuden a formar un criterio epistemológico con respecto al ámbito de la salud como derecho y el servicio de triaje en atención sanitaria.

Instrumentos

Como instrumento se recopiló información de fuentes secundarias, la cual representa la información existente o publicada por otros autores, relacionada al tema de estudio, en este caso está conformada por estudios previos, artículos científicos, material jurídico que aborde los derechos en el marco de la salud, entre otros documentos válidos para la investigación identificados mediante la revisión sistemática en plataformas físicas o en línea.

RESULTADOS

Propuesta de estrategias con base en los estándares adecuados para un oportuno servicio de Triage en el área de urgencia

Análisis del proceso de Triage en el Ecuador antes y durante el contexto de emergencia sanitaria

El COVID-19 es una patología proveniente del virus SARS-CoV-2, dicha enfermedad se cataloga como respiratoria, fue detectada en Wuhan-China en diciembre del 2019, se originó en animales y la propagación fue rápida, se transmitía por medio de vías respiratorias y salivales, razón por la cual, el 11 de marzo del 2020, la OMS (2021) declaró como pandemia, por la presencia del virus en varios países y a la dificultad para controlarla. Tras el rápido avance de la enfermedad, varios sistemas de salud a nivel mundial no se encontraban preparados para afrontar la demanda, por tal, se vulneraron diversos derechos, razón por la cual, es necesario analizar el área de Triage antes y durante la pandemia en el Ecuador.

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

Análisis de Triage antes de la pandemia, El proceso de Triage antes del acontecimiento del COVID-19, en las diversas casas médicas del Ecuador en el área de urgencia se presenta enseguida.

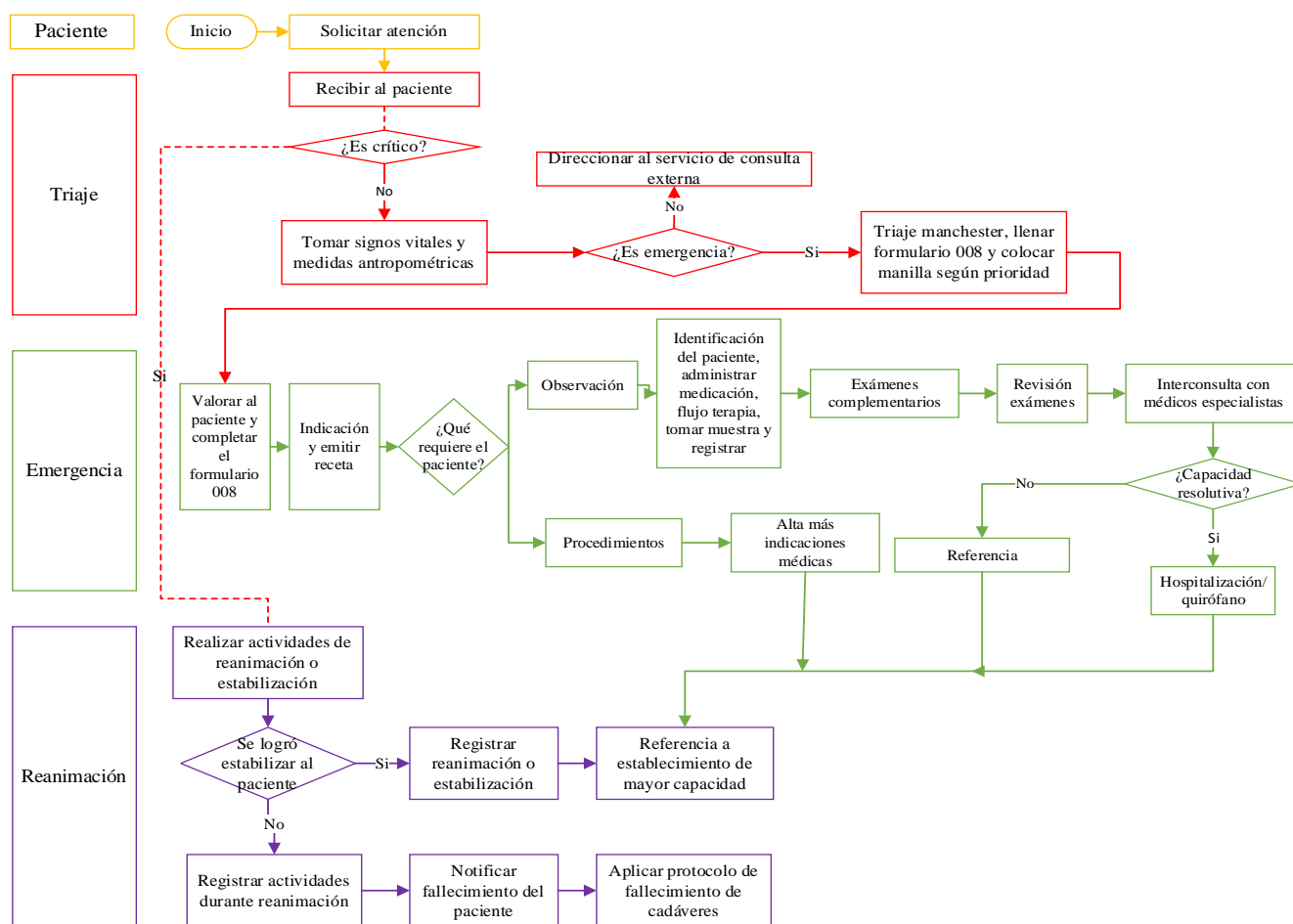


Figura 6. Proceso de atención en el área de Triage.

Fuente: Adaptado de Ministerio de Salud Pública (2020).

En la Figura 6, se identifica la atención de emergencia comprende diferentes sub áreas, siendo una de estas el Triage, que se establece como el primer procedimiento de atención en los servicios de salud pública, debido a que tiene como función recibir a los pacientes y decidir si es o no crítico, en el caso de no ser un paciente crítico se procede a tomar los






Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

signos vitales, con ello establecer si es o no una emergencia, en el primer caso se clasifica a los pacientes de acuerdo al Triage de Manchester, en el segundo caso se los traslada a consulta externa.

El Triage comprende diferentes niveles, de acuerdo con el MSP (2020), en donde se establece que en el nivel 1 se menciona a la persona en el lugar, independientemente que sea o no un profesional de salud, en el nivel 2 se refiere a los médicos entrenados o paramédicos y en el nivel 3 al profesional emergenciólogo o médico, con base a la atención que se brinde en los diferentes niveles se establece la prioridades de atención, que se realiza a través de grados de prioridad, cabe señalar que los encargados para tal efecto son el personal de atención avanzada, quienes realizan la clasificación de acuerdo a los siguientes aspectos y colores:

- Prioridad 1 (rojo): individuo con lesiones graves, pero con posibilidad de sobrevivir, la atención debe ser de inmediato.
- Prioridad 2 (naranja): individuo con lesiones de emergencia.
- Prioridad 3 (amarillo): individuo con lesiones moderadas, la atención es diferible
- Prioridad 4 (verde): individuo con lesiones leves que no representan un riesgo para la vida, la atención es ambulatoria.
- Prioridad 5 (negro): individuo con lesiones mortales, sin posibilidad de recuperación.

Tabla 2.
Sistema de Triage Manchester.

Nivel	Color	Urgencia	Tiempo
I		Inmediato	Inmediato
II		Emergencia	10 minutos
III		Urgencia	60 minutos
IV		Menos urgente	120 minutos
V		No urgente	Dispensario

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

El proceso de Triage en las diferentes casas médicas del Ecuador, son manejados por medio del Sistema de Triage Manchester (Manchester Triage System) perteneciente a Reino Unido, el proceso consiste en receptar las quejas de los enfermos, posterior se les ejecuta diversas preguntas estructuradas con base al nivel de urgencia, lo cual permite clasificar al paciente (Ministerio de Salud, 2020).

Pese a la estructuración y establecimiento para la atención en Triage, diversas personas presentan inconvenientes y quedas, derivada de diversos motivos como el tiempo que tardaba la localidad en atender al paciente, en otros casos la distancia de los diversos centros de salud sobre todo en zonas rurales, en la mayoría no disponen de los médicos necesarios para brindar un servicio de calidad, razón por la cual, se debería derivar directamente al paciente a un centro de atención pertinente, cosa que no sucede. Es el paciente, el que debe sacar el turno en el hospital que cuente con la especialidad que requiera, entonces, la vulneración en cuanto a lo establecido a la Ley de Salud (2015), en donde se debe garantizar el acceso a la salud en todo momento cosa que no sucede. Es importante mencionar que es el Estado, el encargado de garantizar un sistema de salud pertinente y adecuada sea en zonas urbanas o rurales, el inconveniente surge cuando los pacientes que llegan a casas médicas alejadas y se encuentran en situaciones de gravedad, surgen diversas preguntas como ¿Qué hacen los centros de salud? ¿Cuentan con los insumos para atender a pacientes es estado crítico? ¿Cómo debe proceder el paciente?, estas y otras preguntas aparecen y quedan sin respuesta, evidenciando la falla a los derechos humanos.

En los casos de pacientes contagiados, no se brindó la atención pertinente, ni se derivó a otras casas médicas, prácticamente fueron abandonados pese a la gravedad que implica el virus, a esto se suma las falencias económicas existentes en el país, todo en conjunto provocó la muerte de miles de personas, vulnerándose de manera central que todos accedan a la salud, tomando en cuenta negativa de atención, respaldados en la falta de insumos, sin considerar la necesidad y desesperación de la sociedad.

Análisis de Triage durante la pandemia por el COVID-19

Durante la pandemia por el COVID-19, el proceso de Triage fue modificado, vinculado a la urgencia y necesidad de ciertos pacientes, dicho proceso se centró en la respiración de la persona, por las características de la enfermedad, a continuación, se establece los pasos para el área de Triage en emergencia establecido por la pandemia atravesada actualmente.

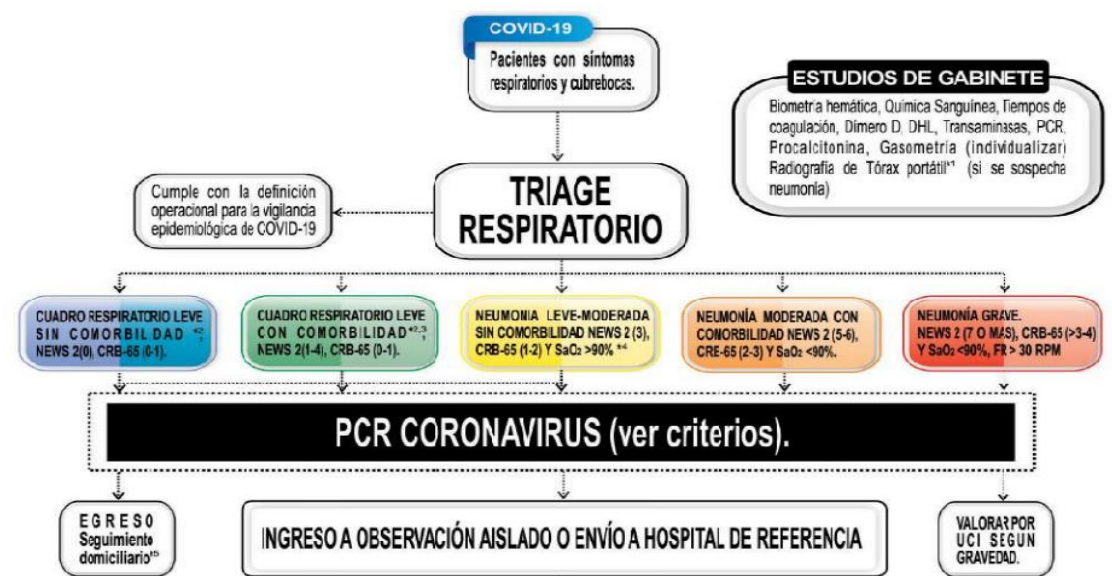


Figura 7. Diagrama de Flujo de Triage respiratorio.

Fuente: Adaptado de SMME (2020).

En la figura 7, se presenta la crisis sanitaria a causa de la COVID-19, al inicio se priorizó a enfermos con enfermedades respiratorias, el Triage consistió en las escalas New2, CURB-65, CRB-65 y la prueba PCR, según la severidad de los resultados, más aún, el criterio del especialista transfería en 3 instancias por aislamiento domiciliario, ingreso a cuidados médicos en UCI.

El derecho a vivir sano, es uno de los elementos reconocido en la carta constitucional, sin embargo, el 3 de mayo del 2020, los diversos medios de comunicación informaban a

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

la sociedad la existencia de 29.538 contagiados incluidos médicos y enfermeras, lo cual, provoco la muerte de altos porcentajes de personas, siendo Guayaquil y Quito las ciudades con mayor número de contagios y fallecimientos, de ahí la necesidad de tomar acciones inmediatas correctivas (Quimí *et al.*, 2021). Cuando un individuo llega a una casa de salud con síntomas por el COVID-19, al comenzar la crisis sanitaria se procedió a analizar los síntomas, dando prioridad a las personas con cuadros más graves, sin embargo, los sistemas de salud colapsaron, a tal medida que no se atendía a más personas y en ocasiones se mantenía en espera a los pacientes, observando cuadros impactantes derivados de la patología, entonces, la vulneración de derechos a la accesibilidad a medicina, atención y cuidado fueron vulnerados desde el inicio.

El Distrito Metropolitano de Quito (2020), debido a que el número de contagios no se detenía en el Ecuador, procedió a establecer brigadas de Triage alrededor de la ciudad, con el objetivo de detectar personas contagiadas y detener los porcentajes de contagio, no obstante se indicó que ningún otro tipo de enfermedad seria tratado en las casas de salud, vulnerando nuevamente el derecho de las personas a gozar de salud, ya que, si bien se accionaba ante una enfermedad, personas con otro tipo de padecimiento, quizás con el mismo nivel de gravedad no recibían la atención pertinente.

El momento que un individuo llega a un centro médico con algún tipo de síntoma, ingresa a la zona de Triage, ya detectado con COVID-19, inmediatamente se observa si el paciente presenta problemas respiratorios y el nivel de los mismos, pese a estar contagiado si no atraviesa por problemas respiratorios es derivado hacia la casa, en caso de presentar cuadros medios se pasa a observación y en pacientes con síntomas altos y críticos se le establece un UCI.

Tras la dificultad para atender y con la tasa de mortalidad más alta de Latino América, el Ecuador establece mecanismos como telemedicina, que consistía en llamar al 171 y una operadora que hace la parte de Triage, por medio de varias preguntas, detecta el estado del paciente, sin embargo, las Naciones Unidas (1976), exhibe la declaratoria de los

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

derechos humanos, así la salud como derecho es una obligación del Estado, por medio de las autoridades encargadas de la salud.

El hecho de negarle el acceso a una persona infectada, no solo vulnera a la salud como tal, sino que pone en riesgo a la demás sociedad, la clasificación de gravedad de un ser humano enfermo, en un sistema con deficiencias altas, vulnera derechos como a la salud, seguridad, integridad, dignidad, entre otros. Un proceso evidente en el Ecuador, es la asistencia a los diferentes medios de salud y la negación de atención médica, en donde las personas tenían que buscar por diversos centros de atención, en donde algunos casos llegaron hasta la muerte de las personas, lo cual, provocó el pánico de la población, además de la vulneración de los derechos desde varios ámbitos (Unidad Judicial Civil, 2020).

Tras todo lo expuesto en líneas anteriores, la vulneración de los derechos a los ciudadanos durante la pandemia es evidente y certera en las casas médicas del Ecuador, sin culpar a los profesionales de salud, ya que, en la mayoría de los casos dependían del Estado, adicional la falta de precauciones y preparación para atravesar un acontecimiento como la pandemia por el COVID-19, generó tasas altas de mortalidad, miedo, pánico, desconfianza, inseguridad, intranquilidad, entre otros, razón por cual, la sociedad vivió y experimento cuadros inimaginables a nivel nacional.

Estrategias de mejora en el proceso de Triage en el área de urgencia

La principal estrategia para mejorar el sistema de Triage en emergencia, se focaliza en el proceso y los pasos como tal, a continuación, se presenta una propuesta para el sistema antes del acontecimiento por el COVID-19.

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

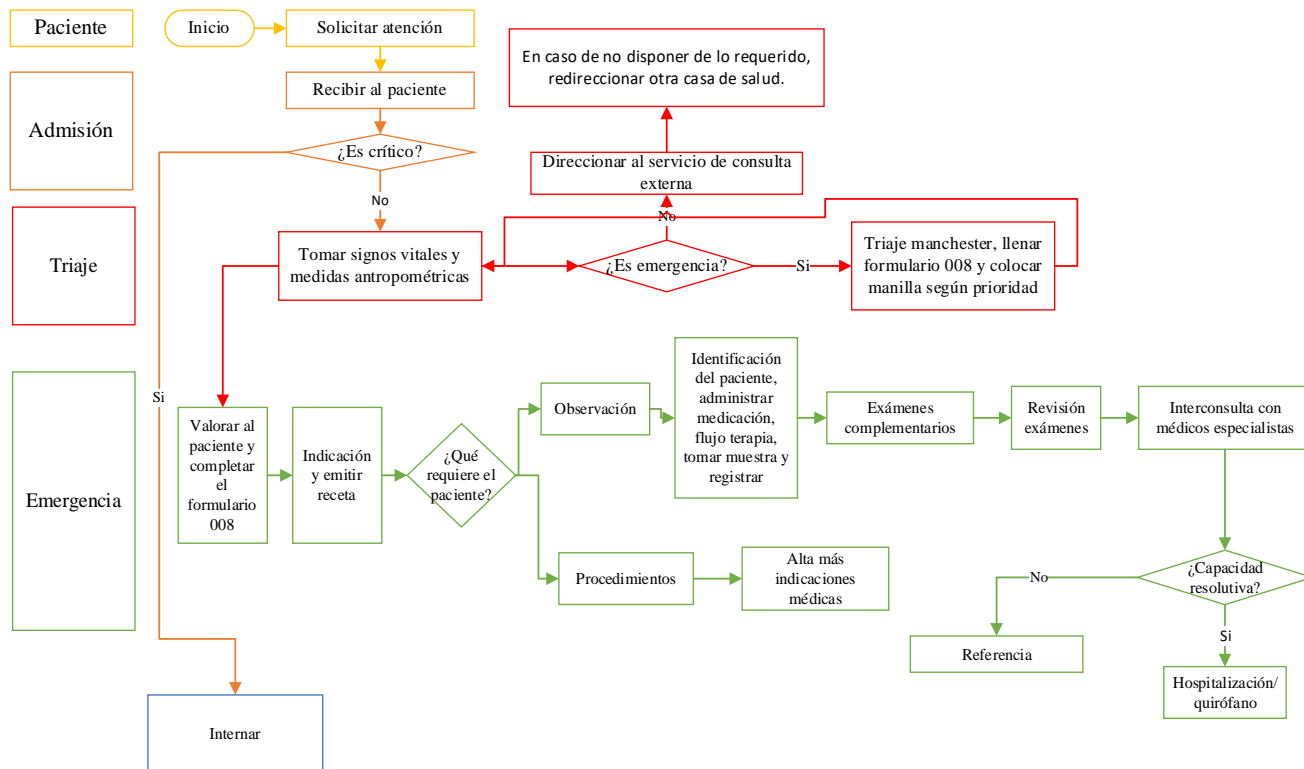


Figura 8. Proceso de atención en el área de Triage.

La propuesta, consiste en el caso de necesitar algún tipo de especialización y no estar disponible en el centro médico, realizar una derivación inmediata a otra casa de salud sea pública o privada, respaldado en la normativa existente, de esta manera se garantiza la salud en la totalidad. Es importante señalar que, el tiempo de atención en al área de Triage de emergencia debe ser el mínimo posible, considerando la necesidad de los pacientes y el nivel de riesgo de los mismos. En la actualidad, es evidente la necesidad de atención inmediata, considerando que las casas de salud públicas vienen presentando falencias desde años atrás, de ahí la importancia de poner en marcha las estrategias de mejora continua, con la finalidad de cambiar la percepción de los pacientes.

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

A continuación, se presenta el procesamiento para el área de Triage en tiempos de pandemia, en consideración con la demanda existente y la disponibilidad de capacidad de los diversos sistemas médicos.

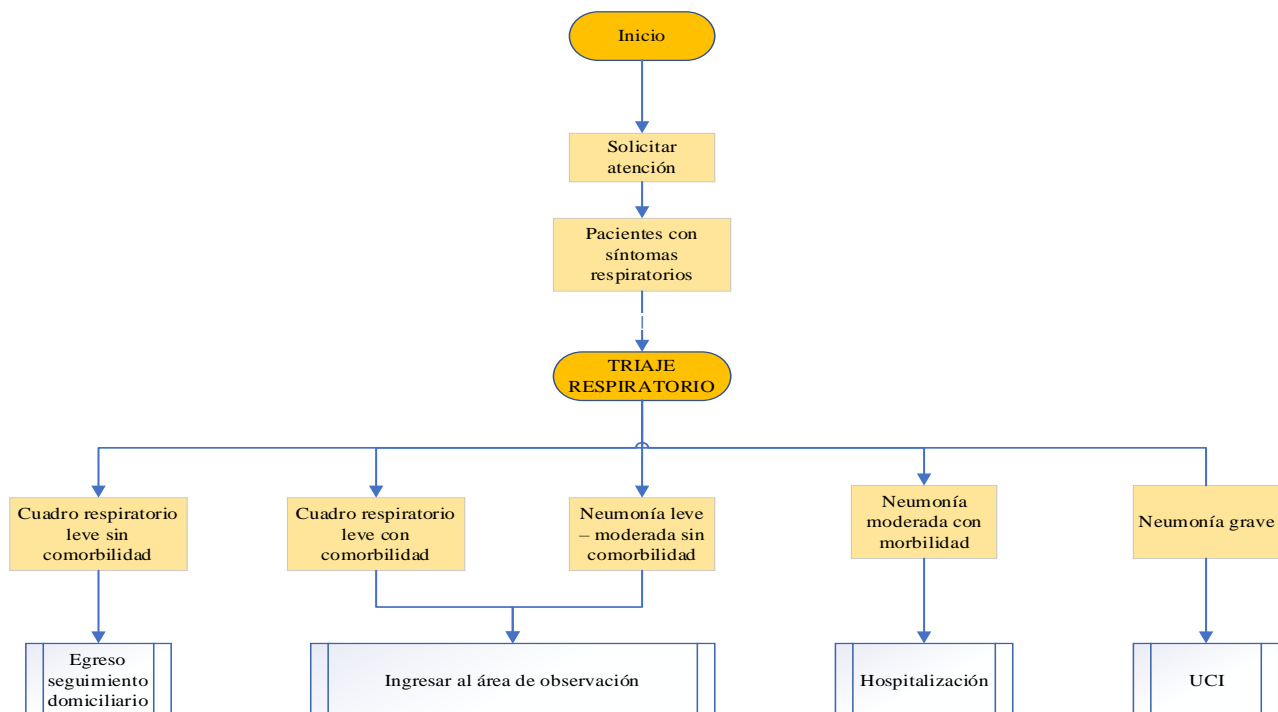


Figura 9. Proceso de atención en el área de Triage con la pandemia.

En la figura 9, se visualiza la propuesta para el proceso de Triage para emergencia en las casas de salud del Ecuador, contemplando la patología existente por el COVID-19, es importante conservar el filtro focalizándose en los síntomas del paciente, sin embargo, en caso de personas con sintomatología leve, es posible darle el traslado al domicilio siempre y cuando el enfermo no signifique un riesgo para las demás sociedad, adicional el hospital es el responsable de que dicha persona no se agrave, características que se deben considerar siempre.

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

En cuanto a cuadros respiratorios leves con o sin comorbilidad, deben permanecer en observación, bajo ningún concepto estos pacientes deben ser emitidos al domicilio, en el caso de pacientes con neumonía moderada con morbilidad, los cuales requieren de hospitalización, debido a la gravedad presentada deberán ser atendidos de manera inmediata, finalmente los contagiados con neumonía grave, tienen que ser ingresados a un UCI de forma rápida, que garantice brindar los servicios de salud en todos los casos. Es importante recalcar que, cuando el hospital no disponga de recursos ni la capacidad requerida por un paciente, este debe ser derivado a otra localidad de forma inmediata, sea pública o privada, respaldado en el Art. 6 de la Ley de que regula a las empresas privadas de salud y medicina prepagada (1998). De esta manera, se asegura y garantiza el cumplimiento de los diversos derechos establecidos en la Carta Suprema, además de generar mayor confianza y seguridad en la población.

CONCLUSIONES

Una vez culminada la indagación, cuyo objetivo general fue estudiar la aplicación del Triage en el Servicio de Urgencias en Ecuador para ejecutar una propuesta de mejora continua, se presentan las siguientes conclusiones:

El sistema de Triage en el servicio de urgencia en Ecuador, presentaba falencias desde antes de la llegada del COVID-19, sin embargo, posterior a los miles de contagios el colapso del sistema fue evidente, el país no se encontraba preparado para dicha patología en ningún sentido, razón por la cual, la mortalidad fueron las elevadas de Latino América.

Para cumplir con el primer objetivo específico, se realizó un análisis bibliográfico y jurídico vinculado con la naturaleza del Triage en la prestación de los servicios de salud en el área de emergencia, mediante el cual, se identificó que en el Ecuador el proceso de Triage se maneja por medio del Sistema de Triage de Manchester (MTS), el cual se focaliza en el riesgo del paciente y se establece un tiempo de espera.

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

Respecto a la evaluación operativa en la ejecución de Triage en los centros médicos del Ecuador, se localizó que la forma de atención se modificó con la llegada del virus COVID-19, en donde se identificó un filtro de tipo respiratorio, el cual determina la gravedad del paciente con la opción un aislamiento en casa, hospitalización o requerimiento de un UCI. Por último, se planteó estrategias de aplicación con la finalidad de mejorar el servicio de urgencias, considerando la demanda por la emergencia sanitaria, dichas estrategias se focalizan en el proceso como tal, con prioridad para los pacientes con síntomas graves, sin embargo, no los contagiados con menos síntomas también son prioridad a manera de prevención y control.

REFERENCIAS CONSULTADAS

Asamblea Nacional. (2008). Constitución de la Republica del Ecuador. .

Asamblea Nacional. (2020). Acuerdo N° 00126-2020. Estado en Emergencia.

Avilés, N. (2016). Análisis de la situación actual del triage en el servicio de emergencia del Hospital Básico IESS Latacunga, en el periodo de enero a agosto 2016. *Tesis maestría*. Universidad de Guayaquil. Obtenido de <https://n9.cl/gr2k9>

Calero, M. (2018). Comparativa de los modelos de triaje existentes. *Ciberrevista Enfermeriadeurgencias*, 59.

Cardona , S. (2015). Triage avanzado: es la hora de dar un paso adelante. *Emergencias*, 332-335.

Congreso Nacional. (2015). Ley orgánica de salud. Registro oficial suplemento 423.

Corte Interamericana de los Derechos Humanos. (2020). Cuaderno de jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N°8. San José. Obtenido de <https://n9.cl/kezk1>

Déniz, O., Verona, L., & Hernández-Castellano, C. (2019). Triage en Atención Primaria. ¿Mito o realidad? *RECIEN*, 7, 11-23. Obtenido de <https://n9.cl/ilmnq>

Distrito Metropolitano de Quito . (2020). Obtenido de <https://n9.cl/040pf>

Elguea, P., Prado, O., & Barradas Ambriz, J. (2019). Implementación de una escala de gravedad para la activación del equipo de respuesta rápida: *NEWS 2. Medicina crítica*, 98-103.

Erazo Álvarez, J. C. (2021). Capital intelectual y gestión de innovación: Pequeñas y medianas empresas de cuero y calzado en Tungurahua–Ecuador. *Revista De Ciencias Sociales*, 27, 230-245.

García, A., Nieto, E., & Ardura, D. (2019). La función de la enfermera en el proceso de triaje. *Ocronos*. Obtenido de <https://revistamedica.com/funcion-enfermeria-triaje/>

Grande-Ratti, M., Esteban, J., Mongelos, D., Díaz, M., Giunta, D., & Martínez, B. (2020). Medición del subtraje como indicador de calidad y seguridad en un servicio de urgencias. *Revista médica de Chile*, 602-610.

Ley de que regula a las empresas privadas de salud y medicina prepagada. (1998). Registro Oficial 12. Ecuador. Obtenido de <https://n9.cl/n9m5k>

Ministerio de Salud. (2020). *MinSalud*. Obtenido de <https://n9.cl/2q7c>

Ministerio de Salud. (2020). Salud Pública. Obtenido de <https://n9.cl/6r6il>

Ministerio de Salud Pública. (2020).

MSP. (2020). Consenso Multidisciplinario informado en la evidencia sobre el tratamiento de Covid-19. Consenso Multidisciplinario Informado en la Evidencia.

MSP. (2020). *Ministerio de Salud Pública*. Obtenido de Lineamientos para el servicio de atención pre-hospitalaria por posible evento de salud pública de importancia internacional – ESPII: <https://n9.cl/3qi45>

Naciones Unidas. (1976). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Obtenido de <https://n9.cl/p3sx>

Jimena Elizabeth Chérrez-Anguizaca; Eduardo Xavier León-Micheli

OMS. (2020). Manejo clínico de la infección respiratoria aguda grave presuntamente causada por el nuevo coronavirus (2019-nCoV). Obtenido de <https://n9.cl/e7t5c>

Pineda, J., Caltagirone, R., Pérez, M., & Dulcey, L. (2018). Utilidad de la Modificación de la Escala Curb 65 en la Evaluación de Severidad de la Neumonía Adquirida en la Comunidad en Pacientes Adultos del Área de Emergencia. *Medicina*, 59.

SMME. (2020). Protocolo de atención para COVID-19 de Medicina de Emergencia. *International Federation for Emergency Medicine*, 1-73.

Suárez, L., Castellano, C., & Montesdeoca, O. (2019). Triage, historia y perspectiva actual. *EGLE*, 39-52.

Unidad Judicial Civil. (2020). Unidad judicial civil con sede en el cantón Guayaquil.

©2021 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).