

►► INTERVENCIONES SANITARIAS

IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA TRIAJE EN LOS HOSPITALES PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Triage System Implementation in Public Hospitals of Buenos Aires Province

Leonardo Busso¹, Adriano Bellavita¹, Sigrid Heim^{1,2}, Clara Maidana^{1,2}

¹ Hospital de Alta Complejidad El Cruce - Dr. Néstor Carlos Kirchner, Provincia de Buenos Aires, Argentina

² Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: El objetivo de este informe fue describir las acciones realizadas para la ejecución del Plan Integral de Guardias Hospitalarias (PIGH) y compartir los principales resultados sanitarios que se desprenden del Sistema TRIAGE implementado. MÉTODOS: El PIGH se constituyó como uno de los objetivos más importantes de la gestión de Gobierno y se ejecutó exitosamente durante 2017-2019 en 58 hospitales públicos dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Se establecieron alianzas estratégicas inter e intraministeriales con actores clave, que posibilitaron su concreción. Diferentes fases fueron necesarias para implementar el PIGH, y el corazón del proceso fue el Sistema TRIAGE. RESULTADOS: El triaje categoriza según nivel de criticidad a pacientes que requieren asistencia. Es un recurso ineludible para optimizar los servicios de emergencias, reduciendo la vulnerabilidad de pacientes en situaciones de riesgo, agilizando la capacidad de los trabajadores y promoviendo una mejor comunicación integrada entre todos los usuarios del sistema. DISCUSIÓN: El dato de producción más relevante que se desprende del sistema implementado es que casi el 90% de los pacientes resultaron ser código verde, es decir, no poseen riesgo de vida. Por primera vez esta cartera cuenta con una caracterización formal e inmediata de los usuarios de las guardias.

PALABRAS CLAVE: Público; Triaje; Consultas; Hospitales; Datos

ABSTRACT. INTRODUCTION: The purpose of this report was to describe the actions taken to execute the Comprehensive Hospital Emergency Room Plan (PIGH, for its acronym in Spanish) and to share the main health results from the implemented TRIAGE system. METHODS: The PIGH was set as one of the main government objectives and was successfully applied during 2017 to 2019 in 58 public hospitals belonging to the Ministry of Health of Buenos Aires Province. Intra- and interministerial strategic alliances with key actors were established and made it possible to carry out the plan. Different phases were necessary to implement the PIGH, with the TRIAGE system being the heart of the process. RESULTS: triage classifies patients requiring assistance by level of criticality. This resource optimizes the emergency room services, reducing the vulnerability of the patients in risky situations, improving workers' capacity and promoting a better communication between all system users. DISCUSSION: The most relevant information coming from the implementation of this system is that almost 90% of the patients were green code, which means that they are not in life risk. For the first time this Ministry has a formal and immediate characterization of emergency room users.

KEY WORDS: Public; Triage; Consultation; Hospitals; Information

INTRODUCCIÓN

El PIGH fue un proyecto priorizado por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Se llevó a cabo en el período 2017-2019 y consistió en un proceso de puesta en valor, reconstrucción o creación de nuevas guardias en 58 hospitales provinciales, según el caso, que dejó instalada una nueva gestión del proceso de atención al interior de las guardias con un impacto tanto para pacientes como para trabajadores. La meta del PIGH fue mejorar integralmente el proceso de atención de los

servicios de emergencias (SE) en todas sus etapas. Según cifras oficiales del Censo 2010, un tercio de la población bonaerense no posee cobertura de salud. A este porcentaje se suman las personas que, aun con obra social, recurren al sistema público de salud. Las guardias hospitalarias se consideran como la puerta de entrada de los pacientes a los efectores y el corazón de los hospitales, ya que son los lugares por donde más gente circula y donde se atienden los casos de urgencia. Por este motivo, la planificación

y ejecución de una resolución efectiva e integral a los problemas en la atención resulta esencial, habida cuenta de la relevancia sanitaria.

El diagnóstico inicial que motivó el desarrollo del plan fue la insatisfacción de usuarios y trabajadores en las guardias, el acceso limitado y tardío a la atención, la falta de información, las malas condiciones de higiene, las salas de espera inadecuadas, el déficit de recurso humano (RRHH) especializado, la falta de insumos, la inseguridad y el déficit en el recupero de costos, entre otros elementos. Además, la falta de categorización implicaba que todos los pacientes esperaran por turno, independientemente de la gravedad de su caso. Esto se agudizaba en el contexto de una problemática que requiere particular atención y es común a múltiples países: la superpoblación en las guardias¹.

Para abordar estas múltiples problemáticas se diseñó un plan de respuesta integral, que quedó asentado en cinco fases establecidas en forma unificada en todas las guardias; se tomó la precaución de no utilizar programas con diseños genéricos no particularizados y contemplar, en cambio, la cultura organizacional de cada hospital. Hay que tener en cuenta que el desarrollo e implementación de proyectos y programas sociales no responde a una estructura lineal e invariable con un objetivo único, sino que está sujeto a los avatares institucionales, las dinámicas sociales y la apropiación singular de las propuestas en un contexto determinado. La planificación de los programas o proyectos dirigidos a un espacio social dado —o, según Bourdieu², a un campo social determinado— debe tener un carácter estratégico y apoyarse en la flexibilidad y la capacidad de reorientación en función de las condiciones situacionales, manteniendo el eje cardinal de la propuesta.

De acuerdo con la literatura internacional, las consultas en el SE en situaciones que no requieren atención urgente o insumos especializados varían en su mayoría entre el 20 y 40% del total. Estas visitas al SE, que deberían canalizarse a través del Sistema de Atención Primaria³, pueden desviar los recursos de situaciones urgentes y potencialmente mortales (como accidente cerebrovascular, infarto agudo de miocardio o trauma grave). Cuando los pacientes reemplazan las consultas en el primer nivel por las visitas al SE, se genera una falta de continuidad y seguimiento que afecta la calidad de la atención³.

El propósito del presente informe fue realizar una descripción del PIGH de acuerdo con las fases desarrolladas para su ejecución y mostrar los principales resultados obtenidos a partir del sistema TRIAGE implementado en las guardias.

MÉTODOS

El PIGH contempló entonces las siguientes fases de implementación: 1) readecuación de los espacios físicos (puesta en valor, reconstrucción o construcción, según el caso); 2) reconfiguración del proceso de atención; 3) planificación estratégica de RRHH; 4) implementación de un plan de capacitaciones; 5) instalación de centrales de monitoreo. Su sentido fue garantizar la calidad de atención

en las guardias, fortaleciendo todas las instancias por las que el paciente transita: admisión (se registra al paciente y se toman los datos filiatorios), triaje (el personal de enfermería categoriza según nivel de criticidad, le asigna al paciente el código de clasificación y le comunica en cuánto tiempo recibirá atención) y atención médica (se realiza otro triaje y se atiende al paciente).

La readecuación de los espacios físicos fue el primer paso del plan. Para modificar el proceso de atención ordenado a través del Sistema TRIAGE, la circulación del paciente debía ser acompañada de una reforma edilicia adaptada al nuevo objetivo. Así fue que la Dirección Provincial de Hospitales y la Dirección de Infraestructura, ambas del Ministerio de Salud, en conjunto con la Dirección de Arquitectura del Ministerio de Infraestructura de la Provincia de Buenos Aires realizaron los proyectos de las nuevas guardias. Algunas sólo requirieron una puesta en valor; otras, con un objetivo más ambicioso, un diseño nuevo. En ambos casos hubo que crear un plan de contingencia para el funcionamiento de la guardia durante las obras, que contó con el apoyo de los trabajadores del sistema y de las autoridades de cada hospital. Además, se proveyó a los efectores con el equipamiento médico y el mobiliario adecuado para cubrir las nuevas necesidades. Por último, se diseñó una señalética homogénea que buscaba establecer pautas claras, confiables y eficaces de señalización, orientación e información tanto para los usuarios internos como externos, para que el flujo de pacientes en los SE fuera amigable, directo y cómodo.

El motor del proyecto fue la reconfiguración del proceso de atención, centrada en la refuncionalización del espacio y el circuito del paciente dentro de la nueva guardia. La columna vertebral fue la implementación del Sistema TRIAGE, diseñado por la Dirección de Tecnologías, Sistemas de la Información y Comunicación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, que le dio al proyecto un contenido auténtico, inserto en las necesidades reales de los hospitales y alejado de programas con diseños genéricos no particularizados, con poca flexibilidad. El modelo adoptado para la clasificación de los pacientes se diseñó según tres niveles de urgencia: rojo (riesgo de vida inmediato, necesidad de atención médica inmediata); amarillo (riesgo de vida potencial, necesidad de atención dentro de los 30 minutos); verde (sin riesgo de vida, necesidad de atención dentro de los 120 minutos). Este sistema permite visualizar los datos de producción de cada effector sanitario: tiempo de atención, clasificación de pacientes, especialidad médica, mes, día, horario, cantidad de pacientes discriminada por género, edad, diagnóstico y tipo de egreso. Desde el nivel central se monitorean los datos del sistema TRIAGE a través de la plataforma *QlikSense*, diseñada también por el Ministerio.

En torno a la planificación estratégica de los RRHH, se contempló un análisis pormenorizado para cubrir las necesidades particulares de las guardias. Para alcanzar esta línea de acción, se estableció una metodología centrada

en la evaluación de la dotación por hospital, a partir de mesas de trabajo entre el nivel central y las autoridades hospitalarias.

La implementación de un plan integral de capacitación fue el espacio unificador de los lineamientos del PIGH. Este plan se diseñó de manera conjunta con la Dirección Provincial de Hospitales y la Dirección Provincial de Gestión del Conocimiento del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Su principal objetivo fue que todas las capacitaciones se realizaran en cada hospital, y que contemplaran la participación de todos los trabajadores de la guardia: administrativos, personal de enfermería, médicos y jefes de emergencia.

Por último, para instalar centrales de monitoreo, se diseñó junto a representantes del Ministerio de Seguridad de la Provincia un espacio para el personal policial. Desde allí, a través de cámaras, el agente de seguridad podrá controlar toda la guardia.

RESULTADOS

Algunos de los datos de producción más importantes, registrados en 2018 y en el primer semestre de 2019 (44 guardias de un total de 58 que integraban el Plan) fueron los siguientes:

- La clasificación del sistema TRIAGE por nivel de criticidad de la consulta mostró un 88,6% con código verde, un 10,8% con código amarillo y un 0,6% con código rojo.
- El total de pacientes atendidos fue de 1 235 079, con 2 192 471 consultas realizadas.
- Se registraron tres tiempos: 1) entre la admisión y el triaje, 21 minutos y 7 segundos; 2) entre el triaje y la consulta médica 1 hora, 7 minutos y 50 segundos; y 3) entre la

admisión y el egreso: 5 horas. 3 minutos y 54 segundos.

- El 53% de los pacientes clasificados con código amarillo fueron atendidos antes de los 30 minutos.
- El 84,5% de los pacientes clasificados con código verde fueron atendidos antes de los 120 minutos.
- Los diagnósticos más frecuentes fueron: rinofaringitis aguda (resfriado común); faringitis aguda no especificada; diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso; dolor abdominal localizado en parte superior; y bronquiolitis aguda no especificada.

DISCUSIÓN

Desde el aspecto de gestión interna a nivel ministerial, el PIGH implicó un cambio en la cultura organizacional de los hospitales de la provincia. Se estableció un nuevo proceso de atención del paciente en la guardia, se estructuraron funciones de los trabajadores y se generó por primera vez un registro sistemático de datos sanitarios de producción, que representan un verdadero insumo para la toma de decisiones y promueven instancias de mejora. Esto permitió dar una solución estructural al funcionamiento de los SE, cambiando su cultura organizacional y respondiendo a la necesidad de detectar y clasificar la urgencia de atención. Desde la órbita de la macrogestión sanitaria, el hecho de haber registrado formalmente que casi el 90% de los pacientes que asisten a la guardia no poseen riesgo de vida (código verde) genera un desafío para la reorganización del sistema sanitario, ya que el uso de las urgencias para patología banal tiene repercusiones negativas en tiempos de espera, costo y disminución de la calidad de atención⁴. Por ello, es necesario fortalecer el trabajo en red entre el primer y el segundo nivel de atención.

Cómo citar este artículo: Busso L, Bellavita A, Heim S, Maidana C. Implementación del sistema triaje en los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires. *Rev Argent Salud Pública*. 2020; 11(42): 48-50

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

¹ Derlet R, Kinser K, Ray L, Hamilton B, McKenzie J. Prospective identification and triage of nonemergency patients out of an emergency department: A 5-year study. *Ann Emerg Med*. 1995;25(2):215-223.

² Bourdieu P. *Cuestiones de sociología*. Madrid: Ediciones Istmo; 2000

³ Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de la salud. Más

necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo [Internet]. Ginebra: OMS; 2008 [citado 25 Mar 2010]. 154 p. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

⁴ Van den Heede K, Van de Voorde C. Interventions to reduce emergency department utilisation: A review of reviews. *Health Policy*. 2016;120(12):1337-1349.



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.