



- 9 SEP 2020

Recibido.....Hs.

Exp. N°.....40083

## LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE SANTA FE

### SANCIONA CON FUERZA DE

#### LEY:

### Sistema Triage en efectores de salud públicos y privados

**ARTÍCULO 1.-** Adóptase en todos los efectores de salud del ámbito público y privado los criterios de clasificación de Triage que se establecen en la presente norma.

**ARTÍCULO 2.-** Se entiende por Triage hospitalario al sistema de clasificación de urgencias de acuerdo a la gravedad del paciente, realizado mediante una valoración preliminar, para su atención en orden de prioridades establecido en base a la severidad del cuadro y pronóstico.

**ARTÍCULO 3.-** Los objetivos del sistema Triage son:

- 1) Implementar un protocolo hospitalario de atención común en todos los efectores con unidades de urgencias y emergencias con guardia activa, independientemente de su complejidad, tanto públicos como privados.
- 2) Asegurar una valoración clínica preliminar, rápida y ordenada de los pacientes para establecer su nivel de prioridad de atención;
- 3) Promover la evaluación continua de los pacientes en espera;
- 4) Promover la atención adecuada y de calidad en los Servicios de Urgencias, y derecho a una información clara que lleve al paciente y a su familia a entender en qué consiste la clasificación de Triage
- 5) Descongestionar áreas de tratamiento de las salas de urgencias;
- 6) Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística de las salas de urgencias y emergencias, con la finalidad de optimizar recursos y mejorar la gestión.

**ARTÍCULO 4.-** El Sistema Triage será llevado a cabo por Profesionales de



la Salud que determine la autoridad de aplicación de la presente ley.

**ARTÍCULO 5.-**El Área de Triage se encontrará dentro de los establecimientos sanitarios, próxima a la Sala de Urgencias Médicas.

**ARTÍCULO 6.-** La autoridad de aplicación deberá promover un sistema de registro on line que permita construir una planilla con datos personales y horario de admisión para la clasificación y confección de lista de atención por prioridad.

**ARTÍCULO 7.-** Es Autoridad de Aplicación de la presente Ley el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Son atribuciones de la Autoridad de Aplicación:

- 1) Elaborar y homologar criterios de clasificación, protocolos de atención y tiempos de asistencia para los distintos niveles de prioridad basados en el sistema Triage;
- 2) Implementar un plan de capacitación y entrenamiento en Triage al personal sanitario de instituciones públicas y privadas involucrado en emergencias y urgencias;
- 3) Realizar las sugerencias respecto de las adecuaciones del espacio físico de las áreas de emergencia para llevar a cabo el sistema Triage, velando por los derechos del paciente, y a la información que deben exhibir los efectores en materia de cartelera y señalética;
- 4) Establecer mecanismos de coordinación entre efectores de salud del ámbito público y privado;
- 5) Llevar adelante políticas de concientización y publicidad del Sistema Triage para su conocimiento por parte de la sociedad. Asimismo, establecerá estrategias respecto a la comunicación entre el equipo de salud y el paciente, y la adecuada transmisión de la información en el marco del Sistema Triage;



**CÁMARA DE DIPUTADOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

**ARTÍCULO 8.-** Autorízase al Poder Ejecutivo a efectuar adecuaciones, modificaciones y reestructuraciones en el presupuesto General de la Administración Pública Provincial a los fines del cumplimiento de lo establecido en la presente Ley.

**ARTÍCULO 9.-** Comuníquese al Poder Ejecutivo.

**Diputada Provincial  
Lionella Cattalini**

Diputada Provincial  
Lorena Ulieldin

Diputado Provincial  
Pablo Farías

Diputada Provincial  
Ma. Laura Corgniali

Diputada Provincial  
Erica Rut Hynes

Diputada Provincial  
Rosana Bellatti

Diputada Provincial  
Claudia Balagué

Diputada Provincial  
Clara Garcia

Diputado Provincial  
Joaquin Blanco

Diputado Provincial  
Esteban Lenci

2020



## Fundamentos

Señor presidente:

Dado los hechos de público conocimiento respecto a la pandemia COVID-19 en dónde no sólo la población general se ve afectada, sino que también los efectores de salud con las y los profesionales que allí prestan sus servicios y tomando en cuenta que esto modificará muchas conductas previas a dicho suceso es que proponemos el presente proyecto de Ley.

Existe un consenso generalizado entre las sociedades científicas de urgencias, en recomendar la implantación de un sistema de triaje en los cuartos de urgencias/guardias. Esto garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, priorizando la asistencia de los mismos y garantizando que los valorados como más urgentes sean atendidos prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la atención y el tratamiento. Además esto genera situaciones de violencia en las salas de urgencias/guardias de los efectores de salud.

El objetivo básico de la implantación de un sistema de triaje estructurado de cara al paciente es controlar su riesgo ante una eventual espera para ser atendido; es decir, aumentar su seguridad así como un mayor acceso a la información y sobre todo una mayor humanización de la asistencia, incidiendo directamente en aspectos como el respeto, la amabilidad, la comunicación, el bienestar, la atención personalizada, la intimidad y la confidencialidad. Para el profesional de urgencias ofrece un nuevo marco asistencial, un lenguaje nuevo y común para todos los dispositivos asistenciales, un sistema de gestión asistencial homogéneo y universal, que abre las puertas a una asistencia más eficiente, potenciando aspectos como el control total del proceso asistencial, la continuidad asistencial, el trabajo interdisciplinar y en equipo y el desarrollo profesional.



El acceso y la atención inicial en las Unidades de Emergencia dependen de la organización instaurada. El modelo clásico de atención en guardia propone la asistencia por orden de llegada, donde solo se prioriza la emergencia evidente. La espera del paciente no categorizado conlleva un riesgo potencial y desconocido por el sistema. Esto se agrava cuando la demanda supera los recursos disponibles, conduciendo a la saturación de la unidad, impactado en la calidad asistencial, sobrecargando al equipo de trabajo, y poniendo en riesgo la seguridad del paciente.

El modelo de atención con Triage Hospitalario propone un cambio de paradigma. Con una evaluación preliminar de los pacientes admitidos en unidades de emergencias, para asistirlos por prioridad sanitaria, aplicando los principios de justicia social, equidad y calidad asistencial.

Breve historia del triaje de urgencias<sup>1</sup>:

Durante el siglo XIX se introdujo algún tipo de priorización en las “plantas de accidente” abiertas en los hospitales, pero no se puede hablar de una descripción sistemática del triaje en los cuartos de urgencias hasta que E. Richard Weirner lo introdujo en Baltimore en 1964.

Durante los años 60, en los E.E.U.U. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en 3 niveles de categorización, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo sistema americano de cuatro niveles. Estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente

---

<sup>1</sup> “Manual para la implementación de un sistema de triaje para los cuartos de urgencias”.

Organización Panamericana de la Salud  
([https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS\\_IS\\_Manual\\_Sistema\\_Tiraje\\_CuartosUrgencias2011.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_CuartosUrgencias2011.pdf))



como para ser considerados estándares del triaje moderno.

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de triaje para los cuartos de urgencias australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en 1993 por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización. En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como Escala australiana de triaje (Australasian Triage Scale: ATS). Tras la implantación de la NTS, y claramente influenciadas por esta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de triaje que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implantación del modelo o sistema, como modelo de triaje de urgencias universal, en sus respectivos territorios. Así, podemos decir que actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de triaje, incluyendo el australiano:

- La Escala canadiense de triaje y urgencia para los cuartos de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) (introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente)
- El Sistema de triaje de Manchester (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de triaje de Manchester en 1996)
- El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de triaje (Emergency Severity Index© 5 level triage: ESI) (desarrollado por el Grupo de trabajo



del ESI en los E.E.U.U. en 1999)

- El Modelo andorrano de triaje (Model Andorrà de triatge: MAT), aprobado por el Servicio andorrano de atención sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de triaje por la Societat Catalana de Medicina d'Urgència (SCMU) en 2002 y como estandar andorrano por la Societat Andorrana d'Urgències i Emergències (SAUE) en 2007, y que utiliza la CTAS como referente. En 2003, la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) adopta el Sistema Español de Triaje (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de triaje.

El MAT-SET clasifica los niveles de urgencia en:

- Nivel I (Resucitación): Situaciones que requieren resucitación, con riesgo vital inmediato.
- Nivel II (Emergencia): Situaciones de emergencia o muy urgentes, de riesgo vital previsible la resolución de las cuales depende radicalmente del tiempo.
- Nivel III (Urgencia): Situaciones de urgencia, de potencial riesgo vital.
- Nivel IV (Menos urgente): Situaciones de menor urgencia, potencialmente complejas, pero sin riesgo vital potencial.
- Nivel V (No urgente): Situaciones no urgentes, que permiten una demora en la atención o pueden ser programadas, sin riesgo para el paciente.

Por todo lo expuesto, solicitamos al Cuerpo el acompañamiento del siguiente proyecto de ley.



**CÁMARA DE DIPUTADOS  
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE**

**Diputada Provincial  
Lionella Cattalini**

Diputada Provincial  
Lorena Ulieldin

Diputado Provincial  
Pablo Farías

Diputada Provincial  
Ma. Laura Corgniali

Diputada Provincial  
Erica Rut Hynes

Diputada Provincial  
Rosana Bellatti

Diputada Provincial  
Claudia Balagué

Diputada Provincial  
Clara Garcia

Diputado Provincial  
Joaquín Blanco

Diputado Provincial  
Esteban Lenci

2020