



Revista GICOS
ISSN: 2610-797X
gicosrevista@gmail.com
Universidad de los Andes
Venezuela

Gil Otaiza, Ricardo
La palabra que articula y nombra
Revista GICOS, vol. 9, núm. 1, 2024, Enero-, pp. 102-121
Universidad de los Andes
Venezuela

- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org



Eficacia de diferentes técnicas de triaje en la gestión de departamentos de urgencias

Effectiveness of different triage techniques in emergency department management

BUENAÑO, DANIELA¹; LÓPEZ, EDWIN¹; MARTINEZ, DORIS¹; PEÑAFIEL, ISRAEL¹; MOSCOSO, CHRISTIAN¹

¹Hospital General Puyo. Puyo, Ecuador

Autor de correspondencia

articuloscientificas@gmail.com

Fecha de recepción

04/01/2024

Fecha de aceptación

17/02/2024

Fecha de publicación

01/03/2024

Autores

Buenaño Vijay, Daniela Fernanda
<https://orcid.org/0000-0002-5204-5038>
dafersit@gmail.com

Médico Residente Hospital General Puyo, Ecuador

López Quishpe, Edwin Isidro
<https://orcid.org/0000-0002-1153-5225>
edwinis08@hotmail.com

Médico Residente Hospital General Puyo, Ecuador

Martinez Vizuete, Doris Carolina
<https://orcid.org/0009-0001-0435-424X>
doris.ma01@yahoo.es

Médico Residente Hospital General Puyo, Ecuador

Peñañiel Aleaga, Israel Santiago
<https://orcid.org/0000-0001-5632-7289>
israelsantiago2907@gmail.com

Médico Tratante de Emergencias Hospital General Puyo, Ecuador

Moscoso Hidalgo, Christian Javier
<https://orcid.org/0009-0004-4795-540X>
articuloscientificas@gmail.com

Médico Residente Hospital General Puyo, Ecuador

Citación:

Buenaño, D., López, E., Martínez, D., Peñañiel, I.; Moscoso, C. (2023). Eficacia de diferentes técnicas de triaje en la gestión de departamentos de urgencias. *GICOS*, 9(1), 82-101

DOI:



RESUMEN

El triaje hospitalario es una técnica predominante en el departamento de emergencias, aceptada globalmente como un método que prioriza la atención médica de los pacientes en función de su sintomatología, constantes vitales y umbral de dolencias. El artículo tuvo como objetivo identificar y describir los distintos modelos o técnicas de triaje utilizados en los departamentos de urgencias. Para ello, se examinó a detalle los procedimientos de aplicación de cada uno y se describió su efectividad a partir de la recopilación de resultados obtenidos con base en casos de estudio que implementaron las diversas técnicas de triaje en el servicio de urgencias. Se empleó la metodología PRISMA para la búsqueda, selección y análisis de la literatura científica, como resultado de la recopilación de documentos por medio de gestores de búsqueda se obtuvo un total de 27 artículos científicos desarrollados entre 2018-2023 y que contenían información relevante para este artículo. Los resultados indican que a nivel mundial existen 5 tipos de técnicas de triaje, entre las que se destacan: Australian Triage Scale (ATS), Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI), Canadian Emergency Department Triage (CTAS) y el Sistema Español de Triage (SET) todas con niveles de prioridad y tiempos máximos de respuesta los cuales varían en función de la gravedad del paciente.

Palabras clave: atención médica, calidad de la atención de salud, triaje, urgencias médicas, zona de triaje.

ABSTRACT

Hospital triage is a predominant technique in the emergency department, globally accepted as a method that prioritizes the medical attention of patients according to their symptoms, vital signs, and threshold of ailments. The objective of this article was to identify and describe the different triage models or techniques used in emergency departments. To this end, the application procedures of each were examined in detail and their effectiveness was described based on the compilation of results obtained from case studies that implemented the various triage techniques in the emergency department. The PRISMA methodology was used for the search, selection, and analysis of scientific literature, as a result of the collection of documents by means of search managers, a total of 27 scientific articles were obtained, which were developed between 2018-2023 and contained relevant information for this article. The results indicate that worldwide there are 5 types of triage techniques, among which the following stand out: Australian Triage Scale (ATS), Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI), Canadian Emergency Department Triage (CTAS) and the Spanish Triage System (SET) all with priority levels and maximum response times which vary according to the severity of the patient.

Keywords: medical care, quality of health care, triage, medical emergencies, triage zone.

La salud del paciente es prioridad en el ámbito hospitalario. Los departamentos de emergencias son espacios donde se concentra una gran afluencia de personas con afecciones graves que pueden comprometer su salud (Font-Cabrera et al., 2023). Por esta razón, el personal médico debe estar preparado las 24 horas del día para responder favorablemente a situaciones de alta complejidad (Aghabarary et al., 2023; Lin et al., 2020). Sin embargo, existe una problemática que afecta a los sistemas de salud, y es la existencia de una alta demanda de atención médica que tiende a sobrepasar la capacidad operativa de los departamentos médicos, lo que da como resultado periodos de estancia del paciente prolongados y un incremento de la probabilidad de muerte intrahospitalaria (Taype-Huamaní et al., 2021).

Los protocolos de identificación y categorización de sintomatología en función de su gravedad se denominan triaje (Machado Navarro et al., 2019). El término “traje” proviene del francés *trier* y ha sido adaptado al contexto de salud con el propósito de separar, seleccionar o clasificar. Este concepto se originó en tiempos de guerra, con la intención de evaluar a aquellos soldados heridos producto del combate, sin tomar en cuenta su rango o grado militar (Bijani & Khaleghi, 2019; Lopera Betancur et al., 2023). Así, aquellos que presentaban heridas de gravedad tales como mutilaciones, eran inmediatamente trasladados hacia zonas de emergencia, ya que, de lo contrario, sus posibilidades de supervivencia se reducirían significativamente (Vásquez et al., 2019).

Para garantizar la efectividad de un sistema de triaje, es fundamental estructurarlo, gestionarlo y manejarlo de forma óptima, con el objetivo de reducir el índice de mortalidad al 2% en pacientes categorizados con sintomatología de Nivel I, es decir, aquellos que presentan presión arterial elevada, variaciones en la frecuencia cardíaca, estado de somnolencia y confusión (Basurco, 2023). De igual manera, se debe asegurar que el tiempo de atención en casos de riesgo no exceda los 10 minutos, debido a que la atención médica es un derecho general de las personas y, por ende, no debe tratarse de una situación negociable, ya que se encuentra en peligro la vida de un ser humano (Apolinario Olaya & Suárez Lima, 2021).

Frente al vasto panorama de investigaciones existentes, el objetivo del artículo es exponer sistemáticamente la eficacia de las diferentes técnicas de triaje en la gestión de los departamentos de urgencias, adoptando un enfoque cualitativo para la comprensión de conceptos asociados al triaje, su clasificación y posterior comparativa conforme a las diferentes técnicas existentes. La revisión se fundamenta en evidencia científica de calidad, empleando fuentes bibliográficas como Scielo, Scopus, Proquest, Pubmed, Salud Wiley. De este modo, contribuirá al conocimiento actualizado acerca de los sistemas de triaje, su funcionalidad para la detección, categorización y atención en pacientes del área de urgencias.

METODOLOGÍA

Las revisiones sistemáticas constituyen una herramienta importante en el ámbito investigativo, que ofrece una compilación integral del conocimiento existente en un campo específico. Este proceso de consolidación delimita las futuras líneas de investigación científica, facilitando el abordaje de interrogantes que no pueden

ser satisfactoriamente resueltas mediante la implementación de estudios individuales. Adicionalmente, las revisiones sistemáticas desempeñan un papel crucial en la generación y evaluación de teorías explicativas acerca de la ocurrencia de los fenómenos específicos de interés (Page et al., 2021).

El presente estudio se fundamenta en la metodología PRISMA. El objetivo es determinar las diferentes técnicas de triaje por medio de la descripción de sus procedimientos para establecer su eficacia en el departamento de urgencias. La finalidad es estructurar de forma ordenada la evidencia recolectada con relación a la eficacia de diferentes técnicas de triaje en la gestión de departamentos de urgencias, analizando cómo el triaje afecta a la calidad de la atención hospitalaria y la satisfacción de los pacientes conforme a mitigar sus dolencias y enfermedades (Sarkis-Onofre et al., 2021). A través de esta metodología se estructuran los autores para evidenciar el proceso en el cual se llevaron a cabo las investigaciones y como se obtuvieron los respectivos hallazgos de los estudios (Sarkis-Onofre et al., 2021).

Preguntas de investigación

Se formularon tres preguntas de investigación (Tabla 1). Estas interrogantes se encuentran estrechamente alineadas con el objetivo, funcionando como un marco de orientación durante la fase exploratoria. El estudio abarca tres aspectos principales: descripción de las diversas técnicas de triaje, los procedimientos a desarrollarse por cada técnica, y finalmente determinar la eficacia de uso de las técnicas de triaje.

Tabla 1. Preguntas de investigación

N.	Pregunta	Motivación
RQ1	¿Cuáles son las principales técnicas de triaje que se utilizan en el departamento de urgencias?	Comprender el concepto de las diferentes técnicas de triaje y sus principales características.
RQ2	¿Cuáles son los procedimientos que desarrollan las técnicas de triaje en el departamento de urgencias?	Describir el conjunto de pasos y protocolos empleados en el proceso de triaje, para definir como se aplican cada uno de estos dentro del ámbito hospitalario.
RQ3	¿Cuál es la eficacia de los diferentes sistemas de triaje en la identificación de pacientes?	Identificar los principales sistemas de triaje utilizados para priorizar la atención de pacientes conforme a su nivel de sintomatología.

Sistematización de la búsqueda y recolección de datos

Se realizó una búsqueda exhaustiva que abarcó todas las publicaciones entre los años 2018-2023. La investigación se efectuó en diversas bases de datos, entre las que se incluyen Scopus 57%, Proquest 3%, WILEY Online Library 20%, PubMed 1%, Redalyc 18% y Dialnet 1% (Figura 1).

En la Tabla 2 se presentan los criterios de inclusión y exclusión, los cuales se desarrollaron como filtro de búsqueda de información. Para el punto de vista 1 (PV1) referente a los sistemas de triaje, se utilizaron los términos [“triage techniques” AND “emergency department management”] OR [“triage” AND “emergency

department”]. Con respecto al punto de vista 2 (PV2) relativo a los procedimientos de triaje, se emplearon términos como: [“trriage” AND “emergency department” AND “procedures”] OR [“methods” OR “patient care”]. Por último, el punto de vista 3 al punto de vista 3 (PV3) relativo a la eficacia de los sistemas de triaje, se emplearon términos como: [“efficacy” AND “trriage methods”] OR [“trriage systems” AND “efficiency”]. Los motores de búsqueda permitieron el uso de diversas combinaciones y empleo de términos clave con la finalidad de acceder a aquellos artículos que poseen información relacionada con los sistemas de triaje dentro del contexto hospitalario.

Tabla 2. *Criterios de inclusión y exclusión*

N.	Inclusión	Exclusión
C1	Artículos que describen conceptos y terminología asociada con las técnicas de triaje.	Documentos duplicados
C2	Artículos publicados entre los años 2018-2023	Artículos que no poseen relación alguna con el tema de estudio.
C3	Artículos publicados en idioma inglés, español y portugués.	Artículos con bajo sustento de información científica que aporte al desarrollo del tema acerca del triaje.
C4	Artículos que presenten información empírica o análisis de datos enfocados en las técnicas de triaje.	Artículos desarrollados en otras ramas que difieren de la de salud.

Selección de la información

En el proceso de codificación y selección de los estudios en el contexto de la revisión sistemática, se definieron los siguientes criterios para llevar a cabo la identificación, el cribado, la determinación de la elegibilidad y la inclusión todos ellos sintetizados en un diagrama de flujo (Figura 1).

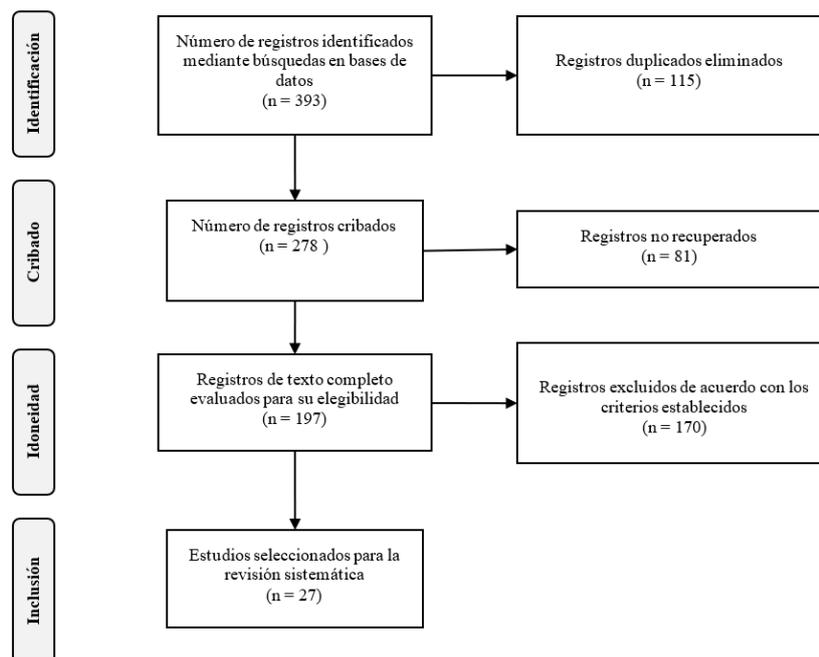


Figura 1. *Diagrama de flujo de cuatro niveles – PRISMA.*

RESULTADOS

La Tabla 3 muestra 27 artículos seleccionados de la búsqueda de literatura. La información extraída de cada documento se fundamenta en responder las preguntas de investigación. Se consideraron diversos aspectos, como casos de estudio, y los métodos de triaje implementados con mayor frecuencia en los departamentos de urgencia.

Tabla 3. *Artículos seleccionados*

N	Título	Autor (es)	Año	Revista y cuartil	Resumen
1	Triaje en Atención Primaria. ¿Mito o realidad?	Déniz et al.	2019	Revista Científica de Enfermería	El estudio buscó identificar la percepción del personal sanitario acerca de la utilidad de los sistemas de triaje en los servicios de emergencia de Gran Canaria.
2	Improving the wait time to triage at the emergency department.	Shen & Lee	2020	BMJ Open Quality (Q2)	El estudio determinó la efectividad del ciclo PHVA para la mejora del tiempo de espera de triaje en pacientes del departamento de emergencias. Se detalló que antes de la implantación el tiempo era de 18 min y posterior a ello el tiempo se redujo a 13 minutos con una disminución del 25%.
3	Improving patient flow in an emergency department.	Ameh et al.	2018	British Journal of Healthcare Management (Q4)	El estudio demostró el mecanismo de evaluación y tratamiento del triaje en el departamento de emergencias por medio de auditorías que permitieron definir los tiempos de evaluación y disposición final de los pacientes.
4	Patients' experiences of triage in an emergency department: A phenomenographic study	Phiri et al.	2020	Applied Nursing Research (Q2)	El estudio analizó las experiencias de los pacientes en el departamento de emergencias de Botswana. Se describieron los aspectos más relevantes del proceso de triaje y se determinó que los pacientes con frecuencia poseen un mayor grado de insatisfacción con referencia a la calidad de atención lo que da como resultado que sus necesidades no sean satisfechas, por tal motivo, se sugirió la implementación de un triaje focalizado.
5	Comparative Efficacy of Different Triage Methods for Psoriatic Arthritis: Results From a Prospective Study in a Rapid Access Clinic.	Sarabia et al.	2022	Arthritis Care & Research (Q1)	El estudio identificó la combinación de técnicas de triaje que resulten óptimas para la detección de artritis psoriásica, lo que permitió describir su evolución a lo largo de un año.
6	TRIAGE: Funcionamiento y Papel de la Enfermería en una Catástrofe.	Navarrete	2019	NPunto	El objetivo del estudio fue establecer conocimientos básicos acerca del triaje extrahospitalario y determinar el rol que cumplían las enfermeras para analizar situaciones de catástrofe y emergencia, las cuales debían ser priorizadas de manera inmediata.
7	Ability of triage nurses to predict, at the time of triage, the eventual disposition of patients attending the emergency department (ED): A systematic literature review and meta-analysis.	Afnan et al.	2021	Emergency Medicine Journal (Q1)	El estudio analizó de manera sistemática y analítica la precisión de las predicciones de las enfermeras en el triaje correspondiente al departamento de emergencias. Los resultados presentados demuestran que la predicción no es lo suficientemente precisa para poder acelerar el flujo de atención de los pacientes.

N	Título	Autor (es)	Año	Revista y cuartil	Resumen
8	E-triage systems for covid-19 outbreak: Review and recommendation	Alhaidari et al.	2021	Sensors (Q1)	El objetivo de estudio fue revisar los sistemas de triaje en el departamento de emergencias y proponer una alternativa de triaje electrónico para la evaluación de pacientes con COVID-19.
9	Los sistemas de triaje de urgencias en el Siglo XXI: una visión internacional	Sánchez et al.	2021	Revista española de salud pública (Q3)	El objetivo de la revisión sistemática fue caracterizar las diversas técnicas de triaje empleadas a nivel mundial en los departamentos de emergencias.
10	The use and feasibility of an online software system to support assessment of accuracy and consistency in applying the Australasian Triage Scale.	Varndell et al.	2019	Australasian Emergency Care (Q1)	El objetivo del estudio fue evaluar la viabilidad de uso del software Triage Quality Assessment para los departamentos de emergencia en la asistencia y evaluación de decisiones de triaje por parte de las enfermeras. Se presentaron resultados positivos conforme a la precisión de categorización; sin embargo, fue indispensable el desarrollo de pruebas que validan la mejora de la calidad del triaje.
11	Triaje de Urgencias de Pediatría.	Fernández	2020	Protoc diagn ter pediatr	El objetivo de la revisión sistemática fue definir la importancia del triaje en los servicios de urgencias por medio de la caracterización de los elementos esenciales y pasos a seguir para un correcto análisis de sintomatología.
12	Validity of the Manchester Triage System in emergency patients receiving life-saving intervention or acute medical treatment—A prospective observational study in the emergency department.	Gräff, et al.	2019	Journal of Evaluation in Clinical Practice (Q2)	El objetivo de estudio fue evaluar la validez del sistema de triaje Manchester en pacientes que requieren de intervenciones para salvar su vida y tratamientos de emergencia agudos.
13	The Manchester Triage System (MTS): A score for emergency management of patients with acute gastrointestinal bleeding.	Nguyen-Tat et al.	2018	Zeitschrift fur Gastroenterologie (Q3)	El objetivo de estudio fue la evaluación del uso del triaje Manchester en pacientes que presentaban sospechas de sangrado gastrointestinal en riesgo grave.
14	El triaje como herramienta de priorización en los servicios de urgencias.	Herrera et al.	2022	Med Int Mex (Q4)	El objetivo de la revisión sistemática fue comparar las características de las diversas técnicas de triaje empleadas en el mundo: ATS, MS, CTAS, ESI, SET, los cuales sirven para priorizar la atención de pacientes que presentan dolencias o sintomatología de gravedad.
15	Comparison of Reliability and Validity of the Chinese Four-Level and Three-District Triage Standard and the Australasian Triage Scale.	Zhu et al.	2019	Emergency Medicine International	El objetivo de estudio fue comparar la eficiencia de la técnica de triaje ESI y ATS en 167 pacientes los cuales ingresaron al servicio de urgencias en base a factores como el tipo de dolencia o queja, la evaluación diagnóstica y los recursos disponibles.
16	Reliability analysis of the Manchester Triage System: inter-observer and intra-observer agreement.	Souza et al.	2018	Revista Latino-Americana de Enfermagem (Q2)	El objetivo del estudio fue analizar la confiabilidad de la técnica de triaje Manchester para determinar el grado de prioridad de aquellos pacientes que ingresaron al servicio de urgencias. Los resultados presentados afirmaron que la confiabilidad varía conforme el nivel de experiencia y la elección correcta del discriminador que influye en la decisión de la elección correcta del nivel de prioridad.
17	Associação entre sinais vitais e Sistema Manchester de Triagem: estudo observacional retrospectivo.	Martins et al.	2018	Online Brazilian Journal of Nursing (Q4)	El objetivo del estudio fue comparar las constantes vitales de aquellos pacientes que arribaron al departamento de emergencia y los valores estándar presentados en el sistema de triaje Manchester.

N	Título	Autor (es)	Año	Revista y cuartil	Resumen
18	Accuracy of Emergency Severity Index in older adults	Kemp et al.	2022	European Journal of Emergency Medicine (Q2)	El objetivo del estudio fue comparar la precisión de la técnica de triaje ESI en pacientes de edades entre 18 y 64 años, los resultados demostraron que la técnica de triaje ESI predijo con gran precisión a aquellos pacientes que necesitaban de unidades de cuidado intensivo disminuyendo la mortalidad a 3 días en pacientes mayores a 65 años.
19	A modified emergency severity index level is associated with outcomes in cancer patients with COVID-19.	Lipe et al.	2022	The American Journal of Emergency Medicine	El objetivo del estudio fue evaluar el índice de gravedad provocado por el COVID-19 en pacientes con cáncer por medio de la técnica de triaje ESI. Se determinó que la predisposición del departamento de emergencias en cuanto a la prestación de recursos disminuyó la duración de estancia, y mejoró la capacidad de supervivencia del paciente evitando el deterioro de su salud de forma inmediata.
20	Evaluation of the Emergency Severity Index in US Emergency Departments for the Rate of Mistriage.	Sax et al.	2023	JAMA Network Open (Q1)	El objetivo del estudio fue validar un algoritmo para definir la tasa de error existente al momento de identificar características asociadas a la categorización. Se mostró que el 32,2% fue clasificado de forma errónea, el 3,3% fue subclasificado dentro de una categoría determinada y el 28,9% fue evaluado inequívocamente lo que provocó que aquellos pacientes con mayor riesgo tengan que esperar la atención médica por aquellos que presentaron síntomas que no eran comprometedores.
21	Patient Prioritization in Emergency Department Triage Systems: An Empirical Study of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS).	Ding et al.	2019	Manufacturing & Service Operations Management (Q1)	El objetivo del estudio fue analizar cómo los responsables del departamento de emergencias tomaron decisiones acerca de la prioridad de atención de los pacientes; dando como resultado que no exista priorización por sintomatología, sino que la primera persona que llegaba era atendida lo que provocó que aquellas personas que se encontraban seriamente afectadas en su salud presentaron alto riesgo de perder la vida.
22	Pediatric triage variations among nurses, pediatric and emergency residents using the Canadian triage and acuity scale.	Alshaibi et al.	2021	BMC Emergency Medicine (Q1)	El objetivo de estudio fue identificar la variación que existe en categorizar a los pacientes por parte de enfermeras capacitadas y residentes de emergencias y pediatría. El resultado fue sorprendente porque se evidenció que aquel personal de enfermería que poseía mayor capacidad para evaluar la sintomatología tendía a categorizar a los pacientes dentro del nivel apropiado en comparación a los residentes que poseían escaso conocimiento en materia de triaje.
23	Validity of the Pediatric Canadian Triage Acuity Scale in a Tertiary Hospital: An Analysis of Severity Markers' Variability.	Viana et al.	2023	Journal of Medical Systems (Q1)	El objetivo del estudio fue evaluar la validez de la técnica de triaje CTAS en un hospital terciario portugués, los resultados demostraron que se trata de una técnica altamente válida ya que posee una relación entre las categorías de prioridad, siendo efectiva para distinguir a pacientes que necesitaban atención urgente y aquellos que son derivados en niveles III, IV y V.
24	The accuracy of the Manchester Triage System in an emergency service.	da Costa et al.	2020	Revista Gaucha de Enfermagem (Q3)	El objetivo del estudio fue verificar la precisión del Sistema de Triage Manchester en pacientes adultos que se encontraban en el servicio de emergencias dando como resultado que el 65,9% de los pacientes fueron dados de alta satisfactoriamente; por el contrario, tan sólo el 3,8% de los pacientes críticos fallecieron.

N	Título	Autor (es)	Año	Revista y cuartil	Resumen
25	Evaluation of the effectiveness of the Australian Mental Health Triage Scale in the emergency department: The case of Turkey.	Büyük-bayram et al.	2022	Perspectives in Psychiatric Care (Q2)	El objetivo del estudio fue examinar la efectividad de la Escala de triaje ATS. Los resultados demostraron que fue una metodología confiable y que permitió mejorar eficientemente el tiempo de espera de los pacientes en el triaje, aumentando la capacidad de las enfermeras para reconocer oportunamente un caso de riesgo.
26	Validation of the Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale at the Emergency Department of a Tertiary Children's Hospital in Costa Rica.	Campos et al.	2021	Cureus	El objetivo del estudio fue describir y analizar los resultados de implementación de la técnica de triaje CTAS en un hospital infantil de Costa Rica. Los resultados demostraron que este método de triaje sirve como una herramienta válida para mejorar la atención de los pacientes en el área de emergencia.
27	Eficiencia del sistema de triaje en un servicio de emergencia hospitalario.	Flores et al.	2020	Revista CuidArte (Q2)	El estudio se enfocó en determinar la eficiencia del sistema de triaje en la unidad de emergencias de un hospital público del Sur de Chile mediante un estudio descriptivo en el que se analizaron las variables de categorización por gravedad, tiempo de espera de los pacientes y tasas de morbilidad.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se revisó un total de 27 documentos que satisfacían los criterios de inclusión y que servirán de gran aporte para el desarrollo de las preguntas de investigación.

RQ1. ¿Cuáles son las principales técnicas de triaje que se utilizan en el departamento de urgencias?

Los departamentos de urgencias enfrentan a diario una gran afluencia de pacientes, lo que plantea un desafío para el sistema de salud, que debe brindar atención médica a cada uno de ellos. Sin embargo, se enfrentan a limitaciones como la falta de infraestructura necesaria para atender la carga total de pacientes (Déniz et al., 2019). Esto provoca un incremento en los tiempos de espera, y por ende, la disminución de la calidad en la atención hospitalaria. Por esta razón, es indispensable la implementación de métodos de triaje, que permitan clasificar a los pacientes según la gravedad de su sintomatología, asegurando así una atención más eficiente y adecuada a las necesidades de cada individuo (Yuzeng & Hui, 2020).

El triaje, originalmente fue establecido como un método para gestionar a pacientes producto de situaciones de guerra, que necesitaban atención médica inmediata para salvaguardar su vida (Ameh et al., 2018), es conceptualmente un proceso de clasificación según su estado de salud. Este proceso de valorización inicial categoriza a los pacientes con base a la gravedad de su sintomatología, priorizando así atención **médica previo a la evaluación diagnóstica por un especialista en tratamiento** (Phiri et al., 2020; Sarabia et al., 2022). Según el sistema de categorización del triaje, los pacientes se dividen en niveles: P1, P2, P3 y P4. Los pacientes P1 son aquellos que presentan condiciones críticas de salud como un paro cardíaco, infartos agudos de miocardio e insuficiencia respiratoria. Los pacientes P2

incluyen aquellos que presentan accidentes cerebrovasculares o sepsis. En el nivel P3 se encuentran pacientes con fracturas que no comprometen extremidades, y en el nivel P4 aquellos con afecciones médicas que pueden ser revalorizadas debido a que sus lesiones o dolencias no son de carácter inmediato (Navarrete, 2019).

Generalmente, el triaje es responsabilidad del personal de enfermería bajo la tutela del profesional médico, quien se encarga de dictar las directrices a seguir tales como: administración de medicamentos y el tipo de tratamiento a llevar a cabo. En un estudio realizado en diversas áreas de emergencias del departamento de Kosowsky-Estados Unidos con un total de 521 pacientes se evidenció que aquellas enfermeras que poseen 6 meses de experiencia dentro del campo de urgencias lograron categorizar exitosamente a tan solo el 29% de la muestra ya que se encontraban en horas de baja afluencia y por lo tanto sus capacidades eran concentradas únicamente en priorizar el estado de emergencia de un paciente (Afnan et al., 2021).

Por lo mencionado anteriormente, existen diversas técnicas de triaje para priorizar la atención de los pacientes a su arribo al departamento de emergencias; dentro de las cuales se encuentran Australian Triage Scale (ATS); Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI), Canadian Emergency Department Triage (CTAS) y Sistema Español de Triage (SET) (Alhaidari et al., 2021; Sánchez Bermejo et al., 2021). La escala australiana ATS fue planteada en 1993 por el Australian College for Emergency Medicine, la cual consta de 5 niveles de categorización basadas en predictores fisiológicos en los adultos para determinar el potencial de gravedad y el tiempo máximo de evaluación médica, las características del individuo a evaluar son: situación de la vía aérea, respiración, circulación, incapacidad funcional (nivel de conciencia y alteración neuro-vascular), y su estado ocular (Fernandez, 2020; Varndell et al., 2019).

Tabla 4. *Escala de triaje australiana (ATS)*

Categoría	Descripción	Tiempo Máximo de Respuesta (minutos)
1	Riesgo vital inmediato, pone en peligro la vida.	0
2	Riesgo vital inmediato; inminentemente mortal.	10
3	Riesgo vital; potencialmente pone en peligro la vida.	30
4	Potencialmente serio; complejidad significativa o de gravedad	60
5	Menos Urgente	120

Nota: La tabla representa los niveles de categorización y sus respectivas características del triaje tipo (ATS).

Fuente: Fernandez, 2020.

El sistema de triaje de Manchester (Tabla 5) emplea diagramas de flujo que se respaldan en 52 algoritmos de consulta los cuales describen los diversos signos y afectaciones que presentan los pacientes confiriéndole la gravedad de riesgo y por ende la asignación de prioridad (Nguyen-Tat et al., 2018).

Tabla 5. Escala de triaje Manchester (MTS)

Color	Clasificación	Tiempo Máximo de Respuesta (minutos)
Rojo	Emergencia- Existe riesgo inmediato de la vida del paciente y debe ser atendido inmediatamente.	0
Naranja	Muy Urgente- Existe riesgo para la vida del paciente y debe ser atendido cuanto antes.	10
Amarillo	Urgente- No se considera una emergencia, pero el paciente necesita pasar por una evaluación.	60
Verde	Poco Urgente- Es considerado un caso menos grave, el paciente puede aguardar atención o ser encaminado a otro servicio de salud	120
Azul	No es urgente- Es el caso más simple, el paciente puede aguardar por atención o ser encaminado a otro servicio de salud.	240

Nota: La tabla representa los niveles de categorización y sus respectivas características del triaje tipo (MTS).
Fuente: Gräff et al., 2019.

El sistema de triaje (ESI) consiste en determinar la gravedad por medio de un algoritmo que prevé el uso de los recursos médicos y terapéuticos; además este tipo de triaje no define intervalos de atención médica, razón por la cual no existe la espera para el paciente (Sánchez Bermejo et al., 2021). El triaje (CTAS) fue desarrollado en el año de 1997 por Canadian Association of Emergency Physicians y la National Emergency Nurses, clasifica a los pacientes según su estado fisiológico para evaluar el tipo de prioridad o riesgo y establecer el tiempo de respuesta médica (Herrera et al., 2022; Widiyanto et al., 2019)

Tabla 6. Escala de triaje (CTAS)

Nivel de Prioridad	Significado	Color	Tiempo Máximo de Respuesta (minutos)
Nivel I	Reanimación Inmediata	Rojo	Inmediato (0)
Nivel II	Emergencia	Naranja	15
Nivel III	Urgencia	Amarillo	30
Nivel IV	Poco Urgente	Verde	60
Nivel V	Sin Urgencia	Azul	120

Nota: La tabla representa los niveles de categorización y sus respectivas características del triaje tipo (CTAS).
Fuente: Widiyanto et al., 2019.

El modelo español de triaje (SET) trata de una adaptación del modelo de triaje CTAS. Está subdividido en 5 niveles y contiene 613 motivos por los cuales las personas llegan a consulta de emergencia y discriminantes que permiten al personal médico y enfermeras diagnosticar de forma precisa a partir de constantes como: (Temperatura, Presión Arterial, Frecuencia Cardíaca, Saturación de Oxígeno, Glucemia, etc.) además de Signos vitales anormales, estado de la piel y dolor (Herrera et al., 2022).

Tabla 7. *Escala de triaje (SET)*

Nivel de Prioridad	Descripción	Tiempo Máximo de Respuesta (minutos)
Nivel I	Estado Crítico	Inmediato (0)
Nivel II	Estado de Emergencia	Inmediato por enfermería y respuesta por el médico de 7 minutos.
Nivel III	Estado de Urgencia	15
Nivel IV	Estado Estándar	30
Nivel V	Estado No Urgente	40

Nota: La tabla representa los niveles de categorización y sus respectivas características del triaje tipo (SET).

Fuente: Herrera et al., 2022.

RQ2. ¿Cuáles son los procedimientos que desarrollan las técnicas de triaje en el departamento de urgencias?

Para aplicar las diferentes técnicas de triaje, es fundamental describir sus etapas. La escala ATS, como se mencionaba, evalúa al paciente en función de predictores fisiológicos. El personal responsable de examinar al paciente es el grupo de enfermeras, las mismas que poseen conocimientos y formación en temas de triaje para poder ofrecer un diagnóstico certero (Zhu et al., 2019). La primera etapa del triaje consiste en desarrollar el denominado “cotejo” que es un examen con una duración máxima de 5 minutos a partir del cual las enfermeras obtienen datos del paciente como su sintomatología, acompañado de la observación de su aspecto físico. La segunda etapa es la toma de signos vitales y determinar si las constantes vitales se encuentran dentro de los rangos normales. Finalmente, la tercera etapa consiste en categorizar al paciente a partir de los datos obtenidos por el personal médico para redirigir su urgencia a un tiempo de atención médica y ofrecer tratamiento a sus afectaciones de salud (Zhu et al., 2019).

Es importante que el cotejo recopile la mayor cantidad de información que sirva de respaldo para el historial clínico tales como: fecha y hora de diagnóstico, nombre del personal encargado de efectuar el triaje, síntomas, categoría inicial de triaje, tiempos de atención por parte del profesional médico del área, tipo de tratamiento y de ser necesario especificar si se aplicó primeros auxilios. Por el contrario, el triaje MTS clasifica a los pacientes en 5 niveles divididos en categorías y dentro de las mismas se atribuye un color de identificación y su respectivo tiempo de contacto con el médico tratante el cual define los discriminadores generales tales como: riesgo vital, constantes fisiológicas, nivel y localización del dolor, hemorragia, nivel de conciencia, temperatura, tiempo de evolución y mecanismo de lesión (Souza et al., 2018).

Como se observa en la Figura 2, se presenta el diagrama de flujo el cual contiene una cierta cantidad de preguntas empleadas por los especialistas para categorizar a un paciente. La primera etapa consiste en realizar una evaluación rápida de vía aérea, ventilación y circulación. Posteriormente, en la segunda etapa si es factible y el paciente se encuentra en condiciones de respuesta se efectúan las interrogantes definidas como “discriminadores generales”, un total de 4 a 5 preguntas como máximo permiten categorizar y por ende asignar la prioridad de atención, y como tercera etapa se asigna el área de tratamiento dentro del servicio de urgencias (Martins et al., 2018).

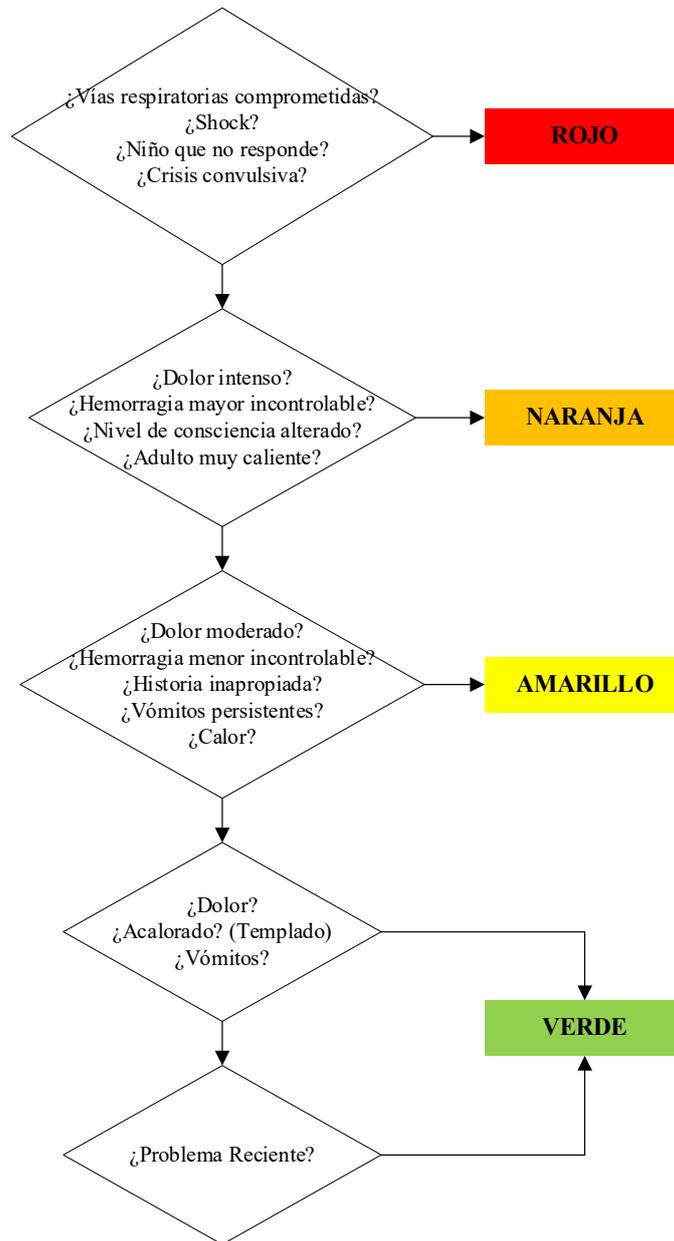


Figura 2. Diagrama de flujo triaje Manchester (Martins et al., 2018).

La técnica de triaje ESI trabaja a partir del uso de algoritmos los cuales están conformados por interrogantes a evaluar al momento de la llegada del paciente al departamento de emergencia; además informa la cantidad de recursos necesarios para la estabilización en situaciones consideradas de alto riesgo. La primera etapa consiste en determinar el motivo de consulta del paciente y definir criterios los cuales sean cruciales y que están afectando la vida del mismo; para esto se emplea el algoritmo ESI (Ver Figura 3) formulando la interrogante correspondiente a la opción A que afirma: ¿El paciente requiere intervención inmediata para salvar su vida?, si la respuesta a esta pregunta es SI se establece prioridad 1; si la respuesta es NO se procede a formular las interrogantes correspondientes a la opción B que establecen ¿Existe riesgo? ¿El paciente se encuentra confuso, letárgico o desorientado? ¿Existe problemas respiratorios o dolor agudo? si la afirmación es positiva se prioriza un nivel de riesgo tipo II de lo contrario, se continúa desarrollando las interrogantes posteriores (Kemp et al., 2022; Lipe et al., 2022).

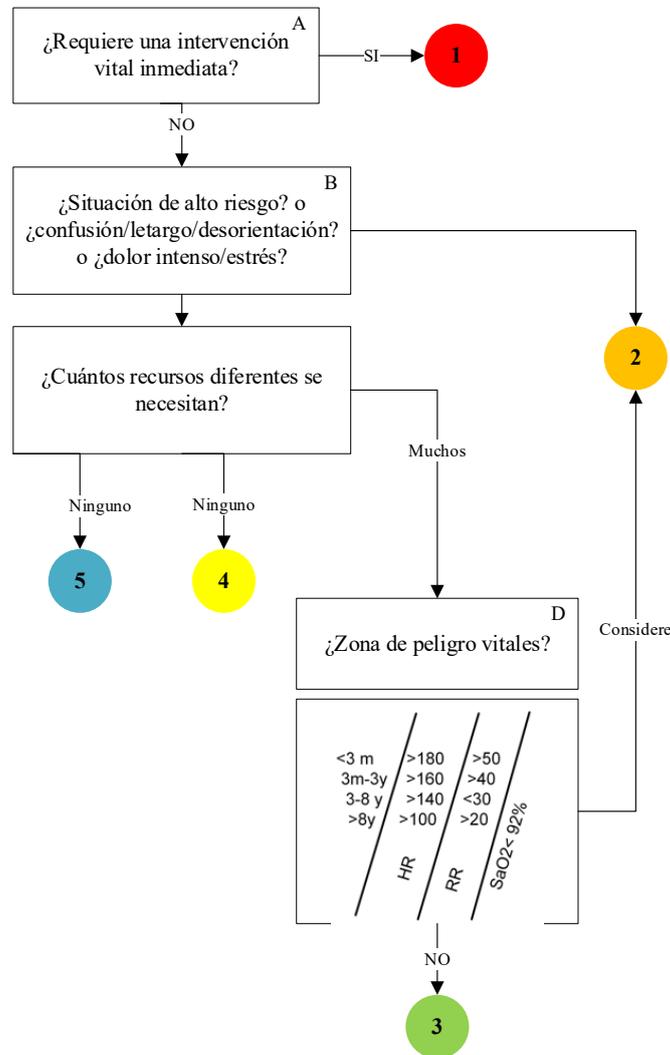


Figura 3. Algoritmo Emergency Severity Index (ESI) (Lipe et al., 2022).

Para continuar con el proceso de diagnóstico y clasificación del paciente se debe formular la siguiente pregunta: ¿Cuántos recursos son necesarios para salvaguardar la vida del paciente?, en el caso de que sea necesario el uso de diferentes recursos de atención se debe tomar en cuenta las variables corporales como es el caso de la frecuencia respiratoria (RR), frecuencia cardíaca (HR) y el nivel de saturación de oxígeno en la sangre (SaO₂). Para reconocer de manera concreta el personal encargado de formular el triaje debe corroborar que los valores no sobrepasen el umbral permitido, por ejemplo, en adultos mayores si el nivel de saturación es menor <88% se considera una prioridad tipo III al igual que, si la frecuencia cardíaca es >100 y la frecuencia respiratoria es >20 de igual manera se categoriza dentro de este nivel de prioridad. Para dar por terminada la primera etapa si el paciente presenta valores normales de las constantes corporales y tan solo emplea una mínima cantidad de recursos se lo deriva a un nivel IV y V (Kemp et al., 2022; Lipe et al., 2022).

Para la segunda etapa se debe evaluar la cantidad de recursos que el departamento médico de urgencias posee para intervenciones médicas, generalmente la mayor cantidad de recursos están distribuidos en la prioridad III (verde) debido a que en este nivel existe un control exhausto de variables y representa el 30 a 40% de los motivos de consultas que se realizan de forma rutinaria (Sax et al., 2023). La técnica de triaje (CTAS) fue diseñada para evaluar a pacientes conforme a la agudeza de su condición basándose en eventos centinela, es decir, motivos y diagnósticos de ingreso a urgencias CIE-10 entre las cuales se encuentran: enfermedades

de carácter epidémico, enfermedades parasitarias e infecciosas, enfermedades endócrinas, enfermedades mentales, del aparato circulatorio, nervioso, digestivo, musculoesqueléticas, lesiones y envenenamientos entre otras (Alshaibi et al., 2021; Ding et al., 2019).

La primera etapa consiste en ejecutar un examen visual con un tiempo estimado no mayor a los 10 minutos, posteriormente se realiza el levantamiento de información acerca de la queja o dolencia y sus indicios de inicio, curso y duración; cabe resaltar que para obtener esta información el paciente debe ser capaz de responder a dichas interrogantes con sentido de conciencia. La enfermera de triaje procede a la toma de signos vitales y categoriza al paciente asignándole un tiempo de espera el cual resulte ideal conforme sus síntomas, esta técnica de triaje presenta las afectaciones más comunes dentro de cada categoría lo que apoya al personal de evaluación a la toma de decisiones acertadas para evitar vulnerar el derecho de atención urgente (Viana et al., 2023).

La Tabla 8 recopila todos los síntomas de alerta a partir de los cuales se puede determinar la categoría a la cual pertenece cada paciente, así pues, el personal encargado de ejecutar el triaje debe ser capaz de diferenciar los síntomas de alerta como es el caso de la respiración, frecuencia respiratoria, el color de la piel y examinar ruidos extraños. Una variable corporal que permite clasificar de manera precisa es el nivel de saturación de oxígeno presente en la sangre el cual no debe estar por debajo del 90%, caso contrario, se presenta hipoxemia característica por la dificultad para respirar, labios y piel se tornan de color azulado debido a que no existe el aporte adecuado de oxígeno y con esto el nivel de energía disminuye. Una vez que se ha clasificado al paciente según la sintomatología se procede a derivarlo a sala de espera en categorías III, IV y V y atención urgente e inmediata a las categorías I y II (Alshaibi et al., 2021; Ding et al., 2019).

RQ3. ¿Cuál es la eficacia de los diferentes sistemas de triaje en la identificación de pacientes?

La clasificación de los pacientes dentro del departamento de emergencias es crucial porque influye en la tasa de morbilidad. Las instituciones médicas poseen áreas de triaje en donde se categoriza en función de la sintomatología; para esto se presentan múltiples escalas entre las cuales se destacan: ATS, CTAS, MTS, ESI y SET. Es importante reconocer que no existe un patrón de referencia que determine la precisión de cada técnica de triaje ya que se encuentran supeditadas a factores como el lugar de ejecución y los recursos propios que posee el departamento de urgencias (Sánchez Bermejo et al., 2021).

En un estudio efectuado en el Hospital Público del Sur de Brasil, se analizó una población de 65 160 adultos mayores mediante la técnica de triaje Manchester para determinar su nivel de prioridad. De una muestra de 420 registros, el 52.2% correspondía a mujeres de entre 55 y 78 años; el 0.8% se clasificó como prioridad I y II, el 58.2% como prioridad III y el 41.0% como prioridad IV. Se encontró que el 68.8% de los pacientes fue clasificado acertadamente, mientras que se presentó un margen de infravaloración del 25.5% y de sobrevaloración del 5.7%. Asimismo, al aplicar la técnica de triaje MTS en el departamento de urgencias, se determinó que la mediana de estancia para los pacientes de prioridad I y II es de 8 días. Estos pacientes tienen 2.5 veces más probabilidad de fallecer y 1.5 veces más probabilidad de ser hospitalizados en comparación con

aquellos de prioridades III, IV y V (da Costa et al., 2020).

Tabla 8. *Modificadores de signos vitales*

Nivel de Angustia	O2 Saturación	Tasa de flujo respiratorio máximo	Categoría
GRAVE: fatiga por trabajo respiratorio excesivo, cianosis, habla de una sola palabra, incapacidad para hablar, obstrucción de las vías respiratorias superiores, letargo o confusión, intubado o que requiere respiración asistida.	<90%		I
MODERADO: aumento del trabajo respiratorio, frases pronunciadas u oraciones entrecortadas, estridor significativo o que empeora, pero vías respiratorias protegidas.	<92%	<40%	II
LEVE: disnea, taquipnea, dificultad para respirar al hacer ejercicio, sin aumento evidente del trabajo respiratorio, capacidad para hablar en frases, estridor sin ninguna obstrucción evidente de las vías respiratorias.	92 a 94%		III
NINGUNO	>94%		IV o V

Nota: Lista de signos de alerta con relación a la dificultad respiratoria. Fuente: Alshaibi et al., 2021.

En un estudio realizado en el departamento de urgencias del Hospital Universitario Terciario de Turquía con 378 pacientes, utilizando la técnica de triaje ATS, se obtuvieron los siguientes resultados: el nivel de conocimiento de las enfermeras sobre el triaje aumentó de 4.0 con una desviación estándar de 1.64 antes de la capacitación, a 6.23 con una desviación estándar de 1.45 después de la misma, mejorando la fiabilidad en la categorización de pacientes. Sin embargo, se observó un aumento en el tiempo de espera, de 373.30 a 391.13 minutos, atribuido a la falta de capacitación constante del personal médico y la interpretación incorrecta de la técnica de triaje. Es importante destacar que el triaje ATS no busca modificar los tiempos de espera, sino establecer tiempos adecuados basados en las necesidades del paciente. Antes de conocer el triaje ATS, el 70.9% de los pacientes eran clasificados incorrectamente, generando tiempos de espera más largos y comprometiendo su salud e integridad (Büyükbayram et al., 2022).

En un estudio realizado en el Hospital Infantil de Costa Rica durante el año 2019, se atendieron a 93,001 pacientes en el servicio de urgencias utilizando la técnica de triaje canadiense (CTAS). Los resultados mostraron que el 0.58% de los pacientes fueron clasificados como prioridad I, el 6.14% como prioridad II, el 20.37% como prioridad III, el 47.63% como prioridad IV y el 25.1% como prioridad V. El principal síntoma fue la fiebre, seguido de tos o congestión. El 89.6% de los pacientes fueron dados de alta, el 7.85% requirieron hospitalización y el 0.38% falleció. Además, el 85.3% de los pacientes de categoría I fueron derivados a UCI. En cuanto al tiempo de espera, el 58% de los pacientes de nivel I y el 23.1% de nivel II fueron atendidos en menos de 10 minutos; el 76.9% de nivel III en menos de 30 minutos; el 85.2% de nivel IV en menos de 60

minutos; y el 86.4% de nivel V en menos de 120 minutos. La tasa de mortalidad fue de 44.2% para pacientes críticos de nivel I y del 1.4% para nivel II. Se concluye que la efectividad de la técnica CTAS depende de la capacidad del personal médico para delimitar las urgencias, definir recursos necesarios y demostrar las cifras de mortalidad (Campos et al., 2021).

El estudio realizado a una población de 69613 usuarios de los cuales se obtuvo una muestra de 377 registros del Hospital Público del Sur de Chile aplicando la técnica de triaje ESI dio como resultado lo siguiente: los pacientes categorizados en prioridad I fueron el 0.5%, prioridad 2 21.5%, prioridad III 40.8% y prioridad 4 37.1%. El tiempo de clasificación según el nivel de gravedad fue inmediato para pacientes con afecciones graves, de 3 minutos para riesgo nivel II, de 5.5 minutos para nivel III y de 6 minutos para nivel IV; todo esto respondiendo a la metodología de este tipo de triaje que es el no asignar tiempos en los cuales se debería atender a los pacientes sino priorizar sus afecciones inmediatamente a partir de sus constantes vitales. Una vez que el paciente era priorizado su tiempo de espera podía variar conforme a la saturación del sistema médico de emergencias, sin embargo, el tiempo de tolerancia no era significativo, es decir, en aquellos casos de riesgos nivel II la mayoría de estos eran redirigidos hacia sus domicilios debido a que su condición de salud no resultaba tan grave, esto pone en discusión que la eficacia del sistema de triaje ESI depende netamente del conocimiento del personal médico y las habilidades para la toma de decisiones en base a la atención y la priorización de los recursos (Flores et al., 2020).

CONCLUSIONES

La revisión sistemática de 27 artículos científicos revela que el 50% estudia las técnicas de triaje más usadas en urgencias globalmente, el 34.62% aborda cómo se aplica el triaje y el 15.38% proporciona datos sobre su eficacia en reducir tiempos de espera, mejorar la atención médica y disminuir la mortalidad. Entre las técnicas destacan la Australian Triage Scale (ATS), Manchester Triage System (MTS), Emergency Severity Index (ESI), Canadian Emergency Department Triage (CTAS) y el Sistema Español de Triaje (SET), cada una con prioridades y tiempos de respuesta específicos, desde atención inmediata hasta 240 minutos para casos menos urgentes.

Estos sistemas clasifican a los pacientes en categorías basándose en algoritmos y variables vitales como la frecuencia respiratoria, cardíaca y la saturación de oxígeno, lo cual es crucial para una clasificación adecuada y para determinar la urgencia de los recursos médicos requeridos, por ejemplo, en adultos mayores, indicadores específicos como una $SaO_2 < 88\%$, $HR > 100$ y $RR > 20$ señalan una prioridad que requiere atención particular. El triaje también implica una evaluación visual rápida, la recolección de datos del paciente y la medición de signos vitales para asignar un tiempo de espera pertinente, reconociendo síntomas de alarma que pueden indicar condiciones severas.

En términos de eficacia, se ha encontrado que los sistemas de triaje son generalmente efectivos para priorizar la atención basada en la severidad y necesidades de los pacientes. La formación del personal médico es vital para garantizar la precisión en la clasificación y, en consecuencia, una atención más eficaz. Cada modelo de triaje

varía en efectividad; el MTS clasifica correctamente al 68.8% de los pacientes, el ATS mejora la clasificación post-capacitación, el CTAS indica que el 85.3% de los pacientes categoría I van a UCI y más de la mitad de estos son atendidos en menos de 10 minutos, y el ESI asegura atención inmediata para los de prioridad I.

Contribuciones de los autores: Todos los autores hicieron contribuciones significativas a cada sección del artículo.

Fuentes de financiamiento: Autofinanciado/fondos propios.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

- Afnan, M., Netke, T., Singh, P., Worthington, H., Ali, F., Kajamuhan, C., & Nagra, A. (2021). Ability of triage nurses to predict, at the time of triage, the eventual disposition of patients attending the emergency department (ED): a systematic literature review and meta-analysis. *Emergency Medicine Journal*, 38(9), 694–700. <https://doi.org/10.1136/emered-2019-208910>
- Aghabarary, M., Pourghaedi, Z., & Bijani, M. (2023). Investigating the professional capability of triage nurses in the emergency department and its determinants: a multicenter cross-sectional study in Iran. *BMC Emergency Medicine*, 23(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12873-023-00809-7>
- Alhaidari, F., Almuhaideb, A., Alsunaidi, S., Ibrahim, N., Aslam, N., Khan, I. U., Shaikh, F., Alshahrani, M., Alharthi, H., Alsenbel, Y., & Alalharith, D. (2021). E-triage systems for covid-19 outbreak: Review and recommendations. En *Sensors* 21(8). <https://doi.org/10.3390/s21082845>
- Alshaibi, S., AlBassri, T., AlQeuffie, S., Philip, W., & Alharthy, N. (2021). Pediatric triage variations among nurses, pediatric and emergency residents using the Canadian triage and acuity scale. *BMC Emergency Medicine*, 21(1), 146. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00541-0>
- Ameh, V., Nasir, H., Ahmed, S., & Abbasi, A. (2018). Improving patient flow in an emergency department. *British Journal of Healthcare Management*, 24(10), 486–490. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2018.24.10.486>
- Apolinario, E. y Suárez, G. (2021). Triage: Puerta De Entrada Al Nivel Hospitalario. *Más Vida*, 3(3), 53–60. <https://doi.org/10.47606/acven/mv0074>
- Basurco, Ó. (2023). *Todo lo que necesitas saber del triaje*. Clínica San Felipe. <https://clinicasanfelipe.com/articulos/todo-lo-que-necesitas-saber-sobre-el-triaje>
- Bijani, M., & Khaleghi, A. A. (2019). Challenges and Barriers Affecting the Quality of Triage in Emergency Departments: A Qualitative Study. *Galen Medical Journal*, 8. <https://doi.org/10.31661/gmj.v8i0.1619>
- Büyükbayram, A., Engin, E., & Kıyan, S. (2022). Evaluation of the effectiveness of the Australian Mental Health Triage Scale in the emergency department: The case of Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4). <https://doi.org/10.1111/ppc.13110>
- Campos, X., Martínez, N., Juncos, A., & Yock, A. (2021). Validation of the Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale at the Emergency Department of a Tertiary Children's Hospital in Costa Rica. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.16191>
- da Costa, J. P., Nicolaidis, R., Gonçalves, A. V. F., de Souza, E. N., & Blatt, C. R. (2020). The accuracy of the Manchester Triage System in an emergency service. *Revista Gaucha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190327>
- Déniz, M., Suárez Omayra, L. y Hernández Leticia, C. Javier. (2019). Triage en Atención Primaria. ¿Mito o realidad? *Revista Científica de Enfermería*, 17, 11–23. <https://doi.org/10.14198/recien.2019.17.03>
- Ding, Y., Park, E., Nagarajan, M., & Grafstein, E. (2019). Patient Prioritization in Emergency Department Triage Systems: An Empirical Study of the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS). *Manufacturing & Service Operations Management*, 21(4), 723–741. <https://doi.org/10.1287/msom.2018.0719>
- Fernandez, A. (2020). Triage de Urgencias de Pediatría. *Protoc diagn ter pediatr*, 1, 1–13. www.aeped.es/protocolos/
- Flores, E., Espinoza, P., González, C., Hernández, S. y Barría, R. M. (2020). Eficiencia del sistema de triaje en un servicio de emergencia hospitalario. *Revista CuidArte*, 9(18), 46–54. <https://doi.org/10.22201/>

fesi.23958979e.2020.9.18.76671

- Font-Cabrera, C., Juvé-Udina, M. E., Galimany-Masclans, J., Fabrellas, N., Roselló-Novella, A., Sancho-Agredano, R., Adamuz, J., & Guix-Comellas, E. M. (2023). Implementation of advanced triage in the Emergency Department of high complexity public hospital: Research protocol. *Nursing Open*, 10(6), 4101–4110. <https://doi.org/10.1002/nop2.1622>
- Gräff, I., Latzel, B., Glien, P., Fimmers, R., & Dolscheid-Pommerich, R. C. (2019). Validity of the Manchester Triage System in emergency patients receiving life-saving intervention or acute medical treatment—A prospective observational study in the emergency department. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 25(3), 398–403. <https://doi.org/10.1111/jep.13030>
- Herrera, L., Hernandez, A., Roldan, M., Hernadez, F., Thowinson, M., Coronado, G., Cuartas Agudelo, S., & Martinez, Lina. (2022). El triage como herramienta de priorización en los servicios de urgencias. *Med Int Mex*, 38(2), 322–334. <https://doi.org/https://doi.org/10.24245/mim.v38i2.3751>
- Kemp, K., Alakare, J., Kätkä, M., Lääperi, M., Lehtonen, L., & Castrén, M. (2022). Accuracy of Emergency Severity Index in older adults. *European Journal of Emergency Medicine*, 29(3), 204–209. <https://doi.org/10.1097/MEJ.0000000000000900>
- Lin, Y. K., Niu, K. Y., Seak, C. J., Weng, Y. M., Wang, J. H., & Lai, P. F. (2020). Comparison between simple triage and rapid treatment and Taiwan Triage and Acuity Scale for the emergency department triage of victims following an earthquake-related mass casualty incident: A retrospective cohort study. *World Journal of Emergency Surgery*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s13017-020-00296-2>
- Lipe, D., Bourenane, S., Wattana, M., Gaeta, S., Chافتari, P., Cruz Carreras, M., Manzano, J., & Reyes-Gibby, C. (2022). A modified emergency severity index level is associated with outcomes in cancer patients with COVID-19. *The American Journal of Emergency Medicine*, 54, 111–116. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.02.002>
- Lopera Betancur, M. A., Paiva Duque, L. E., Forero Pulido, C. y González, D. (2023). Triage hospitalario para las enfermeras: Entre la incertidumbre, la sobrecarga y los desacuerdos. *Cultura del cuidado*, 19(1), 30–45. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2022v19n1.9870>
- Machado Navarro, V. R., Falcón Hernández, A., Rojas Santana, O. B. y Nieto Cabrera, R. E. (2019). Experiencias en la aplicación de un sistema de triaje en las instituciones asistenciales de la provincia de Cienfuegos, 1998-2016. *Medisur: Revista de Ciencias Médicas de Cienfuegos*, 17(3), 314–322. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180062367005%0Ahttp://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4239>
- Martins, J., Guedes, H., Souza, C., & Chianca, T. (2018). Associação entre sinais vitais e Sistema Manchester de Triagem: estudo observacional retrospectivo. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(4), 379. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175876>
- Navarrete, Cristina. (2019). TRIAGE: Funcionamiento y Papel de la Enfermería en una Catástrofe. *NPunto*, 2(13).
- Nguyen-Tat, M., Cornelius, C., Hoffman, A., Tresch, A., Krey, J., Kiesslich, R., Galle, P. R., & Rey, J. W. (2018). The Manchester Triage System (MTS): A score for emergency management of patients with acute gastrointestinal bleeding. *Zeitschrift für Gastroenterologie*, 56(5), 479–487. <https://doi.org/10.1055/s-0043-124194>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Phiri, M., Heyns, T., & Coetzee, I. (2020). Patients' experiences of triage in an emergency department: A phenomenographic study. *Applied Nursing Research*, 54, 151271. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151271>
- Sánchez Bermejo, R., Herrero Valea, A., & Garvi García, M. (2021). Los sistemas de triaje de urgencias en el Siglo XXI: una visión internacional. *Revista española de salud pública.*, 95, 139. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7957739&info=resumen&idioma=SPA%0Ahttps://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7957739>
- Sarabia, S., Farrer, C., Yeung, J., Jerome, D., Cook, R. J., & Eder, L. (2022). Comparative Efficacy of Different Triage Methods for Psoriatic Arthritis: Results From a Prospective Study in a Rapid Access Clinic.

- Arthritis Care & Research*, 74(8), 1254–1262. <https://doi.org/10.1002/acr.24570>
- Sarkis-Onofre, R., Catalá-López, F., Aromataris, E., & Lockwood, C. (2021). How to properly use the PRISMA Statement. *Systematic Reviews*, 10(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01671-z>
- Sax, D. R., Warton, E. M., Mark, D. G., Vinson, D. R., Kene, M. V., Ballard, D. W., Vitale, T. J., McGaughey, K. R., Beardsley, A., Pines, J. M., Reed, M. E., Rauchwerger, A. S., & Zhang, J. Y. (2023). Evaluation of the Emergency Severity Index in US Emergency Departments for the Rate of Mistrriage. *JAMA Network Open*, 6(3), e233404. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.3404>
- Souza, C., Chianca, T., Cordeiro, W., Rausch, M. do C., & Nascimento, G. (2018). Reliability analysis of the Manchester Triage System: inter-observer and intra-observer agreement. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2205.3005>
- Taype-Huamaní, W. A., De-La-Cruz-Rojas, L. A. y Amado-Tineo, J. P. (2021). Impacto del triaje estructurado en el hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital terciario. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 14(4), 491–495. <https://doi.org/https://doi.org/10.35434/rmhnaaa.2021.144.1455>
- Varndell, W., Hodge, A., Ryan, E., & Fry, M. (2019). The use and feasibility of an online software system to support assessment of accuracy and consistency in applying the Australasian Triage Scale. *Australasian Emergency Care*, 22(3), 168–173. <https://doi.org/10.1016/j.auec.2019.06.003>
- Vásquez, R., Muñoz, C. y Ramos, C. (2019). El triaje hospitalario en los servicios de emergencia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 19(1), 1–5. <https://doi.org/10.25176/RFMH.v19.n1.1797>
- Viana, J., Bragança, R., Santos, J. V., Alves, A., Santos, A., & Freitas, A. (2023). Validity of the Paediatric Canadian Triage Acuity Scale in a Tertiary Hospital: An Analysis of Severity Markers' Variability. *Journal of Medical Systems*, 47(1), 16. <https://doi.org/10.1007/s10916-023-01913-8>
- Widiyanto, A., Handayani, R. T., Mahrifatulhijah, M., Atmojo, J. T., & Darmayanti, A. T. (2019). The Canadian Emergency Department Triage & Acuity Scale (CTAS) dan Perubahannya: A REVIEW. *Avicenna : Journal of Health Research*, 2(2). <https://doi.org/10.36419/avicenna.v2i2.311>
- Yuzeng, S., & Hui, L. L. (2020). Improving the wait time to triage at the emergency department. *BMJ open quality*, 9(1), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000708>
- Zhu, A., Zhang, J., Zhang, H., & Liu, X. (2019). Comparison of Reliability and Validity of the Chinese Four-Level and Three-District Triage Standard and the Australasian Triage Scale. *Emergency Medicine International*, 2019, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2019/8490152>

LA PALABRA QUE ARTICULA Y NOMBRA¹

¹Discurso leído por el autor el 01 de junio de 2023, en la ocasión de su recepción como Miembro Correspondiente Nacional por el estado

Mérida de la Academia Venezolana de la Lengua correspondiente de la Real Academia Española.

GIL OTAIZA, RICARDO¹

¹Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

Autor de correspondencia
rigilo99@gmail.com

Fecha de recepción
05/08/2023

Fecha de aceptación
16/09/2023

Fecha de publicación
01/03/2024

Autores

Gil, Ricardo

El autor es Profesor Titular (J) de la Universidad de Los Andes (Mérida-Venezuela). Ha publicado 36 libros en distintos géneros literarios. Es Individuo de Número Sillón 5 de la Academia de Mérida y columnista de El Universal. Tiene inéditos seis libros.

Correo-e: rigilo99@gmail.com

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0638-4012>

Citación:

Gil, R. (2024). La palabra que articula y nombra. *GICOS*, 9(1), 102-111
DOI:



Y es cierto que hay épocas en que nuestro idioma se cansa. ¿Quiénes entonces lo reavivan, lo despiertan? No, ciertamente, los que lo dejan como lo tomaron, enamorados de él, y, por tanto, temerosos de forzarlo y violarlo, sino aquellos que, por el contrario, lo hallan insuficiente, por no decir pobre, y entonces van a lo ajeno y vedado, como Garcilaso lo hizo, y como Góngora y Cervantes y Darío, y Neruda y Vallejo lo hicieron, y en nuestros días
Jorge Luis Borges...

(Monterroso, 2004)

La palabra nombra, da identidad y sentido de pertenencia y hace de todos seres ganados a la noción de lo humano. El habla o lenguaje trasluce libertad de pensamiento y de expresión, configura un antes y un después en nuestras vidas y nos entrega un mundo como herencia. La palabra, que es en esencia el lenguaje, una vez trajinada en un determinado contexto cultural, no se anula por decisión o por capricho. Es el tiempo, por desuso o por olvido de un vocablo, el que hace su trabajo silencioso hasta convertirlo en bruma, en nube que arrastra el viento; en difusa fantasmagoría. Y es el tiempo el que desde la tradición y el uso enriquece a la palabra, el que la sustantiva y le confiere suerte y destino.

Tendría tres o cuatro años cuando a mi madre le extrajeron las amígdalas. Por cierto, era una técnica quirúrgica que un emporio médico con ansias crematísticas puso de moda en la Mérida de entonces. Llegó a la casa y por órdenes del cirujano, como cabe suponerse, no debía hablar. En un descuido, y por querer atender tal vez alguno de mis requerimientos, al ser el hijo menor y su consentido, intentó articular palabras y de su boca apenas salió un murmullo ininteligible; algo así como un eco bronco y lejano nacido de las entrañas de una caverna. Me asusté y salí corriendo, al tiempo que les gritaba a quienes quisieran oírme: “¡A mamá se le fue el volumen!”. Sí, mi horror y desasosiego eran inmensos, porque su palabra había sido siempre el refugio en el que me abrigaba de los permanentes asechos del mundo.

Creo, sin temor a equivocarme, que desde entonces comprendí la importancia del lenguaje. Era, sin muchas vueltas, lo que articulaba la vida y me permitía “llegar al alma de las cosas”, como diría Kundera (2005); lo que me hacía sentir vivo, que pertenecía a una familia y a un contexto en mi pequeña ciudad. Más que con cualquier otra persona de mi casa (mi padre o mis hermanos), era con mi madre con quien mejor me entendía. Ella me escuchaba y me respondía en la misma dimensión y registro lingüístico. Su visión era también la mía y sus palabras, qué duda cabe, un bálsamo para mis inquietos sentidos y las guías perfectas que orientaban mis acciones y necesidades más apremiantes. La palabra hecha lenguaje era, ni más ni menos, mi cosmovisión, y a partir de aquella tierna infancia supe que, fuera lo que fuese (médico, bombero, policía, vaquero o súper

héroe), mi abrigo siempre estaría en ella.

Muy pronto me percaté de que no solo la oralidad me hablaba, y que había varios tipos de lenguaje. Que bastaba con un abrazo de mi madre para sentirme protegido, y que una sonrisa suya era la alcabala abierta que me posibilitaba seguir adelante cuando los demás me increpaban o reñían. Que su ceño fruncido y sus hermosos ojos destellantes eran signos evidentes de que me había portado mal, y que eso tendría consecuencias para mí o para los otros. Pronto me di cuenta también de que la gente leía y por sus rostros sabía que disfrutaban: un libro, una revista, una historieta; o que aquello asentado en la misteriosa página era algo terrible: un telegrama llegado desde otro lugar que notificaba en clave alguna infausta noticia. Quise entonces aprender a leer y fue mi madre, maestra de primero y segundo grado, a quien le correspondió la ingente tarea de ponerme en sintonía con lo tangible e intangible del lenguaje hablado y escrito, y sus extrañas y profundas complicidades con la existencia.

Cada tarde, cuando retornábamos a la casa luego de la escuela, que nos quedaba muy cerca, mi madre nos servía la merienda y nos poníamos a hacer las tareas, mientras que ella se recostaba en la cama para descansar después de una larga y agotadora jornada. Una tarde me llamó a la cama y me dijo que me tomaría la lección (era con el silabario *Aurora*, imposible olvidarlo). Cuando mi madre se percató en aquel instante de que ya leía de corrido, fue tanta su emoción y alegría, que lo anunció a los cuatros vientos, y entonces comprendí la importancia de aquel suceso, que sin saberlo me marcaría para siempre. Leer signó un antes y un después en mi vida. De hecho, a menos de dos décadas de aquello, serían la lectura y la escritura las que harían de mí un poseso de la palabra y de los libros, y lo demás es parte ya de mi historia personal en las vertientes de profesor y escritor.

Cuando veo en retrospectiva todo aquello, reflexiono y me digo, no sin asombro, que sin la palabra todo sería un insondable vacío. El lenguaje nos articula con el mundo, nos relativiza; nos hace presas de muchas dimensiones que enriquecen el existir. Las historias que nos cuentan, lo que escuchamos y leemos, la interacción con los otros en la casa o en la calle: todo conjunta una serie de circunstancias y variables que nos hominizan y otorgan un lugar en el planeta. Al principio fue el *Verbo*, dicen las *Escrituras*, y ese *Verbo* configuró el *Todo* y le dio un sentido humano; se hizo parte de nosotros mismos. Sabemos que hemos sido una comunidad planetaria a lo largo de muchos siglos, gracias a la tradición oral y luego a la escritura, todo lo cual nos otorga una carta de ciudadanía y de pertenencia a una misma humanidad.

El lenguaje le otorga a lo existente una dignidad, lo hace sustantivo y posibilita a su vez una dialógica, que ha hecho realidad el poder articular el pensamiento y convertirlo en una poderosa arma de intercambio para zanjar las diferencias, muy a pesar de la eterna mácula de la guerra y la destrucción, que es, por así decirlo, su antítesis y negación. No obstante, a pesar de ser el lenguaje en sus diversas manifestaciones el propiciador de todo este portento, ha sido usado también como fuente de marginación y de exclusión. Si el lenguaje nombra al mundo, como dije, y nos otorga un lugar y un sentido de la realidad y del ahora, hay en él una inmensa ambigüedad que disjunta, disgrega y atomiza todo aquello que pretende hacer suyo. El lenguaje conjunta y amalgama sentimientos, emociones y acciones, pero también abre profundas brechas e hiatos difíciles de

cerrar, y en esta ambigüedad se mece para darle a la vida todo un espectro de claroscuros: luces y sombras batiéndose a duelo en el lento transcurrir de los siglos.

El lenguaje por lo tanto jamás universaliza de manera ingenua, aséptica y no deliberada, porque ha sido articulado durante centurias, y así lo recogen posteriormente los diccionarios y lo diseccionan las gramáticas, para posicionar a un género en desmedro del otro, lo que se ha traducido en discriminación y en negación. Cuando digo que jamás universaliza de manera no deliberada, me refiero a que fue estructurado desde la mentalidad y el poderío del hombre sobre la mujer, que ha sido una constante (en mayor o en menor grado) en todas las civilizaciones que han poblado a la Tierra. Es decir, era “natural” que así lo fuera, porque han sido mis congéneres quienes desde siempre han nombrado al mundo y a todo lo que hay en él, desde su propia dimensión y realidad. Si la mujer ha sido invisibilizada desde siempre, y es casi un objeto en muchos contextos, pues mal podría tener un peso en el lenguaje, porque éste reconoce y le otorga preeminencia e importancia a todo lo que existe, y ella nunca las ha tenido, a pesar de haber parido al mundo y de ser la protagonista del maravilloso portento de la oralidad, que luego se traduciría en literatura, en libro y en cultura y, además, de haber movido en silencio los hilos de la historia, como nos lo recuerda con brillo Irene Vallejo (2021) en su celebrada obra *El infinito en un junco*.

Al respecto, los invito a que analicemos de manera somera lo siguiente, que pareciera trivial, pero, a mi entender, es realmente significativo. Vivimos en el mundo inserto en “El Universo”, que es “El Cosmos”. Muchos creemos en un dios, el cual según la tradición cristiana encarnó a un hijo varón, que forma parte a su vez del misterio de una Trinidad. El vocablo “Trinidad” viene del término femenino latino *trinitas*, pero nombra el trío de personas divinas subsumidas en una misma esencia: Padre, Hijo y Espíritu Santo. Residimos en un país, al que emocionados reconocemos como nuestra Patria, vocablo que, según una fuente de la *Web*, “viene del latín, de la forma femenina del adjetivo *patrius-a-um* (relativo al padre, también relativo a los “*patres*” que son los antepasados)”. Agrega la fuente: “Esta voz se deriva de *pater, patris* (padre, antepasado)” (Diccionario Etimológico Castellano en línea, 2023).

Los de la vieja guardia solían expresar (indistintamente del género): “somos los hombres los cabeza de familia”, o “aquí mando yo” (mi padre lo afirmaba, a veces con serena convicción; otras: con la altanería propia de quien se siente dueño de una verdad irrefutable), pero... paradójicamente, en la sociedad latinoamericana, y venezolana en particular, es casi siempre la mujer, por ausencia del hombre, la cabeza de la casa y la que lleva el sustento a los hijos (en honor a la verdad esta no fue mi realidad: en mi casa ambos padres estaban presentes y trabajaban y se repartían los gastos y las responsabilidades). Hasta hace muy poco tiempo, todos, sin distinción alguna, eruditos y también ágrafos, nos referíamos a la persona humana con el vocablo “hombre”, que a decir de la gramática española es “neutro”, pero que curiosamente también nombra de manera genérica a lo masculino. Iguales consideraciones caben para el vocablo “padres”. Es decir, y sin darle más vueltas al asunto: Si bien hay vocablos femeninos y “neutros” que también nombran el mundo, lo hacen casi siempre sobre la base de preceptos y raíces eminentemente masculinos. Ergo, nuestra cosmovisión es masculina en su esencia, y está profundamente enraizada en nuestra manera de ver y sentir, de pensar y expresar.

Nombramos lo más importante de nuestras vidas (y al mundo) desde la perspectiva de lo masculino, y así ha sido durante siglos por el peso e influencia determinantes de la tradición greco-latina, a pesar de que fue una madre la que nos alimentó en su vientre, la que nos enseñó las primeras palabras, la que seguramente nos puso en contacto con la deidad y con el mundo de relaciones. Eso, créanme, resultó para el niño que fui una gran ambigüedad y contradicción absolutas, de las que me dejé abrazar (en complicidad, hay que decirlo, con las propias mujeres de la familia, e incluso de mi madre), hasta asumirlo como parte de una realidad incommovible e inamovible, que nadie de mi generación, ni de las anteriores, nos atrevimos a contradecir, so pena de ser tildados de *rara avis*.

El mundo cambió, y con él sus referentes ontológicos y fácticos. Si como nos lo recuerda Octavio Paz (1994) en su magnífica obra *El arco y la lira*: “El lenguaje es una condición de la existencia del hombre y no un objeto, un organismo o un sistema convencional de signos que podemos aceptar o desechar.”, su incompletitud al nombrar y articular el mundo, anula la existencia, al obviar el otro lado esencial de la vida. Es decir, a la mujer. Signo y sujeto, en opinión del citado autor, son entonces una misma cosa; una esencialidad indisoluble. La palabra no solo nos nombra, transijamos, sino que nos constituye. Nuestro mundo está edificado en la palabra. Cuando mi madre me hablaba no lo hacía sólo desde una lengua, o desde viejos convencionalismos establecidos para comunicarnos, que articulan palabra con palabra para formar frases, oraciones y párrafos, sino que cada uno de estos elementos configuraban en mi Ser una emoción y un sentimiento. Ella y yo éramos la palabra fundida en el insondable abismo de la existencia.

Créanme, que a pesar del desasosiego que para mí implicaba echar mano de un lenguaje que invisibilizaba a una parte esencial de mi vida, de manera consciente y racional lo hice mío; tal vez azuzado por la vorágine de la existencia, que nos empuja muchas veces a no pensar, sino a dejarnos arrastrar por la fuerza de la tradición. También me hice un cómplice a ultranza de un lenguaje que a mi entender era inclusivo desde sus orígenes: es decir, la lengua castellana o española; cuestión no tan cierta como sabemos de sobra. Sí, hay vocablos y estructuras gramaticales femeninas y masculinas (como hemos visto), y también “neutras”, en los que deberíamos sentirnos nombrados e involucrados todos sin excepción genérica, pero también sabemos que esa supuesta “neutralidad” deviene en muchas circunstancias de convencionalismos asumidos desde antaño a partir de la primacía de lo masculino. Tanto es así, que hace no mucho tiempo me reí con Mario Vargas Llosa con aquello del “todes”, en lugar de “todos” o “todas”, que le propuso sin ruborizarse el periodista mexicano Jorge Ramos, en una no tan lejana entrevista que pronto se hizo viral y escándalo en las redes sociales. Como lo expresaba Vargas Llosa, aquello se trataba de una inaceptable aberración del lenguaje, de un verdadero dislate de la razón, de un intento de falsear la lengua, y afirmé enrojecido que estamos en el deber de defenderla de todo aquello que pretenda desnaturalizarla, dañarla y hasta ridiculizarla. Es decir, del mero uso popular.

A pesar de mi postura, el tema continuó dando vueltas en mi cabeza y reconozco que varias veces trastocó mi sueño. Muy pronto llegó a mi mente un viejo episodio que me causó entonces cierta desazón, aunque también incontenible hilaridad. Siendo estudiante del doctorado me topé con una profesora que en su discurso académico insistía, en que debíamos prestar mucha atención a nuestra postura doctoral. La postura doctoral para arriba y para abajo. Sin más, un lugar común. Un día expuse un tema en la clase y a causa de los nervios

no sabía qué hacer con las manos, y opté por guardar una de ellas en el bolsillo del pantalón.

Cuando finalicé la ponencia, la crítica de la profesora se centró en mi postura: “¿Cómo era posible que yo tuviera esa postura que no se correspondía con la de un doctor?” Preocupado ya al ignorar qué fue lo que expresé en mi intervención que tanto había escandalizado a la profesora, le pedí intrigado que me dijera cuál había sido mi error filosófico o epistémico para poder corregirlo. Sin inmutarse, me respondió: “¡Resulta inaceptable, Ricardo, que hayas metido una mano dentro del bolsillo, esa postura no es la de un doctor!” Entonces caí en la cuenta. La postura que tanto le preocupaba a la profesora nada tenía que ver con lo que pensaba, o con mis ideas y tesis. Ella hablaba de mi actitud, afectación o posición corporal. Pequeño y gran detalle, por cierto.

La anécdota regresó con gran nitidez y me dije, no sin desconcierto: ¿Lo mío con el lenguaje es una auténtica postura intelectual, que responde a una profunda convicción, o se trata tan solo de una mera pose cuadrículada frente a una temática que debemos mirar con agudeza y sentido de importancia? Debo confesar que en mi respuesta hay mucho de mis mujeres: mi esposa y mis hijas, quienes han luchado con los atavismos del esposo y del padre, que impelido por la usanza y la crianza andina tradicional y machista, se resistía a aceptar que lo que hoy acontece no es cuestión de una moda, de algo irrelevante e intrascendente, o de uno de los subproductos de una mera corriente ideológica en boga (con la que no comulgo dicho sea de paso, ni comulgaré jamás), sino de la genuina reivindicación de la mujer frente a una gran injusticia histórica, de la que todos en mayor o en menor grado somos copartícipes. Es decir, de poner, ya, los puntos sobre las íes.

Ha llegado la hora de un profundo cambio cultural y civilizatorio. Si el lenguaje es unidad y concreción con la realidad, tendrá que darse en el mismo un giro copernicano (para excluir el vocablo “radical”, estigmatizado por razones políticas entre nosotros), que lo ponga en correspondencia con el tiempo que vivimos. “La palabra que define y la palabra que penetra lentamente en la noche de lo inexpresable”, nos lo recuerda con agudeza la filósofa y poeta mexicana Zambrano (2013), tendrá que ser para nosotros emblema de un tiempo, que se niega a seguir dando a la mujer una posición de inferioridad frente al hombre, lo cual no se corresponde ni con los cambios suscitados en el devenir histórico de las últimas décadas, y mucho menos con la realidad tangible y observable.

Si la igualdad de género y léxica es hoy una bandera, es porque en cierto sentido hemos llegado a un grado de madurez civilizatorio que hace inadmisibles una situación que contradiga el desarrollo tecnocientífico alcanzado hasta ahora, así como al humanismo de lo profundo que pretendemos abrazar, en los que sin duda la mujer ha tenido un papel relevante. Aunque la fuerza de las circunstancias pareciera a veces llevarnos a los extremos, y esto choca con la tradición y la usanza, así como contra muchos intereses de todo orden (crematísticos, políticos y hasta tribales), no podemos olvidar que la historia de la humanidad es un claro ejemplo de agudos extremismos, en los cuales la mujer ha sido siempre un blanco perfecto, un eslabón desprotegido, estigmatizado y cruelmente violentado. No requiero profundizar en el asunto, solo echemos un vistazo en la *Biblia*, preferentemente en el *Viejo Testamento*, para entender de lo que se trata. O sencillamente, entremos en las redes y en la *Web*, para ver con horror la violencia contra la mujer desde distintos flancos:

religioso, moral, intelectual, profesional-laboral, jurídico, cultural, familiar...

Con esa misma fuerza irrumpe en nuestros días (aunque viene desde hace casi cinco décadas), el “lenguaje no sexista, de género neutro o inclusivo” (cuya denominación y conceptualización son, a todas luces, discutibles y en lo particular tengo serias dudas y críticas), que busca equilibrar los platos de la balanza, aunque a veces los empuje hacia derroteros insospechados. En nuestro país los vestigios de tal “lenguaje”, siempre entre comillas, tienen sus raíces en el ámbito de la política, cuyos protagonistas de turno llevaron dicho estandarte (y lo siguen haciendo) con claros fines proselitistas y demagógicos para atraer consigo adeptas y votos. Mero populismo decimonónico blanqueado. Es más, si ahondamos en dicho fenómeno a escala mundial, nos percatamos de que se ha hecho consigna de los autodenominados “progresistas” o “progres”, como suele llamárseles, ubicados, como todos sabemos, en el extremo izquierdo del espectro político: azuzados a su vez, y paradójicamente, por intereses de toda laya, así como por ingentes capitales globales. El denominado “progresismo” es toda una noria que requeriría, no de una, sino de muchas tesis doctorales, y al que hay que prestarle atención.

Empero, sobre esta amplia base, creo que ha llegado el momento de quitarles las banderas a los extremistas y también a los oportunistas y supuestos ideólogos, y de asumir como académicos de la lengua una discusión que nos corresponde por definición. Si bien una lengua no la hacen las academias, ya que en todo caso son receptoras y depositarias de usos, modismos, neologismos, giros, variantes, etcétera (ergo, la fuerza del uso), y como organismos técnicos y de vigilancia que son (o que somos), analizan y deciden si los incorporan o no al diccionario, para que sean ya parte del *corpus* de la lengua oficial en todas sus orillas (con las variantes propias de cada región y país), es su tarea impostergable articular los pros y los contras de una situación que emerge sin más como lava ardiente, y proceder en consecuencia a definir o a definirse.

Si bien, y a raíz de ciertos episodios aislados, la Real Academia Española por sus vías ha fijado su posición en hechos muy precisos y puntuales (meros aspectos técnicos o gramaticales), no ha sido así en el tremedal generado en los últimos años por la efervescencia de las circunstancias aquí planteadas, que crece con inusitada fuerza y amenaza con convertirse en una suerte de remezón lingüística y cultural.

Comprendo que esta temática de la inclusión léxica sea incómoda y trastoque nuestros esquemas (en mí acontece, como ya lo he expresado), pero la dinámica de nuestros días nos impele a no cerrarnos de canto frente a un mundo que se nos presenta con una velocidad trepidante y en distintas direcciones (la pluridimensionalidad epocal, como suelo calificarla), que escapa muchas veces a la trajinada razón ilustrada, nacida hace ya varios siglos, y que estructura aún nuestro mundo desde distintas aristas, sobre todo en lo intelectual, académico, científico y humanístico. En su isócrono fluir los nuevos tiempos arrastran consigo atavismos, posturas y “verdades”, que hoy son refutados con incisiva inquina, y nos empujan a reflexionar y a replantear, u olvidarnos de los viejos esquemas.

No se trata de aceptar o no la contraparte femenina a muchos de los viejos vocablos, lo que podría lucir a nuestros ojos como inaudito y pueril, amén de violentar la concreción, la precisión y la economía del lenguaje, que son esenciales para una buena comunicación, ni de ampliar el espectro de la elegante y eufónica neutralidad

en aras de la paz. La discusión no está planteada en si aceptamos o no el risible “todes”, y a muchos de los vocablos “neutralizados” con la salvadora “e”, que se nos muestran a diario en los medios y en las redes, o de si los títulos profesionales deberán llevar el equivalente genérico, así como los cargos y dignidades, entre otros. No, apreciados académicos. No podemos quedarnos en el mero orden técnico. La discusión es en otra dimensión: profundizar en la raíz histórica, lingüístico-filológica, filosófica, literaria, ética, antropológica y sociológica de una problemática cuyos orígenes se pierden en los albores de nuestra lengua, y atisbar nuevos contextos y circunstancias. La gran discusión no deberá quedarse en meras poses, sino dar el salto cualitativo hacia auténticas posturas del pensamiento, que posibiliten la necesaria apertura en torno de la dinámica y los derroteros que les aguardan a la lengua española en los próximos decenios, y que hoy por fortuna goza de buena salud, es cierto, pero cuyos pronósticos no lucen demasiado alentadores en un mundo multicultural, mestizo y diverso como el nuestro, que la permea a cada instante; un mundo en el que las TIC son un poderoso influjo que trae consigo cambios y distorsiones en el lenguaje oral y escrito; un mundo en el que la lengua inglesa se posiciona día a día en el habla cotidiana en todo el orbe y en el complejo mundo de la filosofía y la ciencia, y que avanza a pasos agigantados y a un ritmo trepidante a erigirse como “lengua universal”. Y ni hablar del chino mandarín, hoy tan en boga, y de muchos otros.

Estamos insertos en una gran revolución cultural y social, azuzada, hay que decirlo, por lo tecnológico, y de manera específica por la hoy denominada Inteligencia Artificial, cuyos cambios e impacto podrían equivaler por su importancia a lo acaecido a finales del siglo XV, cuando se descubrió el nuevo mundo, y se abrió de pronto a la humanidad un inconmensurable espectro de posibilidades. En este contexto, la emersión de la mujer en todos los aspectos de la vida y su anhelo de tener un trato igualitario frente a la marginación de la que ha sido objeto por parte del hombre durante milenios, no es cualquier cosa y nos cae encima como un aluvión.

Si a todo esto aunamos la inaudita diversidad genérica (y sus indefinidos matices) de la que hoy somos atónitos testigos, que trae consigo el abrupto cambio de referentes filosóficos-ontológicos, jurídicos, biológicos, antropológicos, religiosos y sociales del Ser, y que dicho sea de paso es un capítulo de tanta importancia para las Humanidades (y dentro de ellas para la lengua como esencia y eje articulador de las relaciones y de la vida), así como para las ciencias, pues la lógica conclusión es el abordaje y el estudio inmediato de la problemática planteada (que tiene rasgo de punto de inflexión civilizatorio), sin atavismos ni mediatintas, pero con coherencia, mentalidad abierta y flexible, así como con un agudo sentido histórico, antes de que esto se erija en una suerte de Torre de Babel (y por allí van los tiros), que se haga ininteligible e inescrutable para casi todos.

La Real Academia de la Lengua, así como las Correspondientes de todas estas naciones hispanohablantes (desde la Asociación de Academias de la Lengua Española (ASALE), en cuya cabeza está hoy un buen amigo, expresidente de esta corporación e insigne venezolano), tenemos mucho qué decir al respecto, así como también las de las otras lenguas romances, cuyo concierto planetario es de gran peso e importancia, así como clave en el futuro que nos aguarda.

El niño que fui se regocija en sus orígenes, en el tiempo en el que mi madre era abrigo y ternura, cuando su

palabra certera y precisa configuraba el mundo y todo lo que en él era posible. El hombre de hoy se resiste a que todo aquello no sea significativo en su vida, y que el lenguaje con el que se comunica desdibuje y margine de manera atrabiliaria, la fuerza femenina que alguna vez lo sostuvo y lo lanzó con decisión e ímpetu a lejanos sueños y horizontes. Hoy, el hombre investido como académico de la lengua (que patentiza, qué duda cabe, un sueño de la lejana juventud), se atreve a decir con todo respeto en medio del sagrado recinto de esta noble Academia, primera en el país, creada por un grupo de intelectuales, azuzados por el Ilustre Americano, y que acaba de cumplir 140 años, que el lenguaje nos aglutina y hace de nosotros experiencia compartida, andadura por anchos y angostos senderos, fuerza de cambio en medio de un planeta convulso y complejo; seres ganados para la diversidad y la poética del vivir.

En medio del delirio de nuestros días, de la pérdida del sentido de humanidad y de tolerancia, “la palabra, en sí misma, es una pluralidad de sentidos”, nos lo recuerda Paz en la obra ya citada, lo que se traduce en experiencia humana, en arquetipo de la razón, en tarea pendiente para las próximas décadas, para así lograr articular sociedades justas y menos crueles a las de ahora, en donde todos tengamos las mismas oportunidades.

¿Lo podremos alcanzar, o será tan solo una utopía? No lo sé. Estoy consciente, eso sí, de que la lengua podría erigirse en herramienta de cambio, en factor de inclusión social y genérica: en articulador de una nueva cosmovisión y de un mundo más plural y tolerante.

Si la palabra que articula y nombra abre nuevos derroteros civilizatorios, su poder hará de este mundo un espacio para la esperanza.

Tenemos esta crucial empresa por delante, no hay tiempo que perder, la vida nos deja atrás en sus inusitadas arremetidas. En este sentido, el poeta que también soy, no se cansa de repetir...

*No hay tregua en la existencia, corren rápido
las horas, cada paso es en sí presente y olvido.
Ven, rescata mis despojos, afuera las arenas
claras son bañadas por las olas. La vida huye
hacia adelante, es portento y vértigo, todo se
va de las manos y quedan vacías, expectantes,
detenidas en la nada, arrumadas en las sombras.
(Gil, 2021).*

CONFLICTO DE INTERÉS

El autor no presenta ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

Diccionario Etimológico Castellano en línea (2023). <https://etimologias.dechile.net>
Gil, R. (2021). *Poética del ser y la nada*. Inédito.

- Kundera, M. (2005). *El telón. Ensayo en siete partes*. Barcelona: Tusquets Editores, S.A.
- Monterroso, A. (2004). *Literatura y vida*. Bogotá: Alfaguara.
- Paz, O. (1994). *El arco y la lira*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica
- Vallejo, I. (2021). *El infinito en un junco*. Madrid: Ediciones Siruela, S.A.
- Zambrano, M. (2013). *Filosofía y poesía*. México: Fondo de Cultura Económica.