

Imprimir

Los medios de comunicación indagan por lo que sucedería ante una eventual ocupación total de las Unidades de Cuidados Intensivos – UCI – en cualquier ciudad. Debemos revisar los criterios de selección en estos eventos, cuando un número indeterminado estaría en espera. La Ley 100 de 1993 en su artículo 2 definió en sus doce principios, como una concepción neoliberal del Estado, el de la EFICIENCIA, es decir *“la extracción del máximo provecho a los insumos disponibles, o, bien la minimización de los insumos necesarios para la consecución de un cierto resultado en la prestación de un servicio”*[1]. Por supuesto que de esta definición surgen interrogantes; por ejemplo, ¿las acciones UCI deberían ser mejor aprovechadas para jóvenes o para personas en edades avanzadas?; ¿en quiénes se gastan más insumos teniendo en cuenta temibles comorbilidades?

En algunos medios se han dado explicaciones con criterios distintos. Un vocero de la Academia Nacional de Medicina, en varias cadenas radiales en días pasados[2], respondió anteponiendo con las siguientes variables de dominio de los médicos tratantes: expectativa razonable, expectativa de vida, recursos por consumir para superar el episodio. Y que el sistema de salud vigente las ha impuesto. Para el sistema subyace la teoría de la eficiencia a nivel micro; combinar la maximización del resultado con la minimización del costo; el menor costo per cápita posible según la teoría del mercado. A nivel macro, el gobierno, sacó a relucir su poder monopólico del manejo de los recursos y puso un techo al gasto, a través de la llamada canasta Covid (servicios y tecnologías) y del pago por disponibilidad de camas UCI[3] para de esta manera, no solo unificar tarifas y servicios, sino imponer las anteriores variables y de paso impuso a los médicos la disponibilidad de recursos por consumir para superar el episodio. El “científicamente considero....”, no es manejable por el médico.

Los desenlaces negativos COVID-19 con cargo a la cuenta Alto Costo, es decir los recursos del sistema para responder por el aseguramiento, están calculados y hasta identificada la población y su comorbilidad (los hipertensos, diabéticos, enfermos renales, cáncer, VIH, artritis reumatoidea, patologías asociadas), para que EPS o Secretarías de Salud tomen decisiones, según la plataforma MIRC 19 SISCAC[4] – Sistema de Interacción e Intercambio de Información en Salud Cuenta de Alto Costo-. ¿Será este un primer filtro? Por supuesto no es un riesgo con cargo a EPS. Un Decreto[5] les quitó esta responsabilidad y solo les asignó la

tarea de administrar el recurso que gira el Estado para esta tipo de siniestralidad, pero con los lineamientos de modelo de mercado imperante que ellas imponen.

Un paréntesis, si la población está debidamente georeferenciada, es decir si se tiene un registro donde está esta población de riesgo que eventualmente llegaría a demandar UCI, correspondería a la EPS seguirla minuciosamente con todas las medidas de pruebas, búsquedas, aislamientos y confinamiento y se constituirían en un riguroso control. Pero habría que preguntar porque las EPS no han hecho nada, desde la prevención y la detección temprana del siniestro: la complicación; más bien se prefirió confinar a toda la población. Hasta tuvo razón que el alcalde de Cali, Jorge Iván Ospina les haya instaurado denuncia penal por sus inadecuados manejos y que en gran parte evitaría el colapso de UCI.

En el negocio o mercado de la salud, subyace el principio o criterio costo-beneficio, no solo para lo atinente a la inversión en la actividad científica, sino para la atención sanitaria bajo la premisa de la eficiencia y la eficacia. En la Resolución 3512/2019 que definió el Plan de Beneficios para el año 2020, listaron las actividades de alto costo para efectos del no copago, pero en su glosario quedó incluido el manipulable término de la eficiencia; impuesto, guste o no a los médicos.

[1] Jaramillo Iván (1999). El futuro de la salud en Colombia. Fundación Corona (Cuarta Edición). Bogotá

[2] Entrevista en Noticias Uno el Noticias Uno el Julio 18 de 2020 al doctor Ramón Abel Castaño. Escuchar: <https://www.youtube.com/watch?v=4NWNPD-7v9M>.

[3] La disponibilidad de camas UCI (reserva) se valoró en \$ 456.482, sin contabilizar la canasta. Ver Resolución 1161 del 15/07/2020

[4]

https://cuentadealtocosto.org/site/general/mirc_19-una-nueva-herramienta-permite-conocer-

Un colapso en las unidades de cuidados intensivos y criterios de selección, una preocupación médica

[el-riesgo-individual-de-tener-complicaciones-por-covid_19/](#)

[5] República de Colombia, Decreto 3511 de 2009

Hernán Gaviria Quintero, Médico, docente universitario, miembro de Asmedas

Foto tomada de: Farmacosalud