**Estructura: preparación del artículo *Análisis de supervivencia sobre pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19 en Cali, Valle del Cauca***

1. **Introducción (6 párrafos)**
2. **Contexto nacional [I]**

En Colombia, el primer caso de COVID-19 se reportó en Bogotá el 6 de marzo de 2020, procedente de Milán, Italia. Dos semanas más tarde, el 21 de marzo del 2020, el Ministerio de Salud y Protección Social confirmaría la primera muerte por COVID-19 en Colombia, más precisamente, en Cartagena. El proceso de inmunización contra el COVID-19 inició el 17 de febrero de 2021 a través de un plan de vacunación de dos fases y cinco etapas (MinSalud, 2022). Para esa fecha, se había reportado 2 207 701 casos, de los cuales 58 134 correspondía a personas fallecidas; y 43 339 a casos activos. A la fecha en que se escribe este artículo\footnote{Fecha actual: 09 de enero de 2023}, se reportan 6 349 971 casos confirmados en Colombia, de los cuales 6 484 corresponden a casos activos; y 142 259, a muertes confirmadas por COVID-19 (INS, 2022). Alrededor del 70.8% de la población total de Colombia ha recibido los esquemas completos de vacunación y el 25.2% ha recibido dosis de refuerzo; no obstante, la tasa de letalidad por COVID-19 en Colombia se calcula en 2.24%, un dato superior a la tasa de letalidad global calculada en 1.01%.

1. **Introducción de la pregunta central: ocupación de UCI y recursos [II]**

Los sistemas de salud han enfrentado una presión extrema a consecuencia de la pandemia de COVID-19. A medida que el número de casos incrementaba, los sistemas de salud padecieron la escasez de recursos disponibles que no sólo se circunscribía a la escasez de pruebas de detección, equipos de protección y personal médico; sino, además, a la escasez de recursos de cuidados intensivos, en especial, tecnología para el soporte ventilatorio prolongado en pacientes con fallas respiratorias severas y camas disponibles de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) [1, 2]. La presión sobre la disponibilidad de recursos de cuidados intensivos fue subsanada por medio de la adopción de, al menos, dos tipos de medidas: primero, el control del crecimiento exponencial de los casos de COVID-19 y muertes [3]; y segundo, la expansión de la capacidad de cuidados intensivos y la asignación de los recursos escasos según medidas de priorización y racionamiento, ya sea mediante el triaje médico fundamentado en la severidad de la enfermedad, ya sea mediante la selección *a priori* basada en la probabilidad de eficacia del tratamiento [4,5][[1]](#footnote-1).

1. **En el caso colombiano [III]**

La priorización según la selección *a priori* se ha fundamentado en criterios tales como la edad del paciente y han reaparecido, en consecuencia, numerosas discusiones éticas: por un lado, se ha señalado su carácter inapropiado en la medida en que el criterio podría clasificar a las personas mayores como ciudadanos de segunda categoría [6]; y, por otro lado, se ha argüido en favor del criterio aduciendo principios tales como el *fair innings* [7]. En el contexto de la pandemia por COVID-19, si bien la selección *a priori* se fundamenta en la evidencia según la cual los adultos mayores muestran una mortalidad superior, algunos estudios han verificado que la morbilidad múltiple parece ser realmente el factor definitivo [8]. En la fase inicial de la pandemia, Colombia, aunque no constituya el caso común en América Latina, se propuso disminuir la presión sobre el sistema de salud ---en especial, sobre la escasez de los recursos de cuidados intensivos--- mediante la implementación de políticas públicas que priorizaran a los adultos mayores\footnote{La Resolución 464 del 18 de marzo de 2020 estableció, por ejemplo, el aislamiento preventivo para personas mayores de 70 años. En una línea similar, se estableció el aislamiento preventivo para adultos mayores en centro de retiro y el cese parcial de las actividades comunitarias [9]}. Estudios comparativos han verificado un estancamiento de la curva de supervivencia para la población de adultos mayores en Colombia [10][[2]](#footnote-2).

1. **[En lo sucesivo, consideramos la información de ocupación en UCI [VI].**
2. **Presentación de la discusión sobre metodologías: evidencia global [V]**
3. **Presentación de la discusión sobre metodologías: evidencia local [VI]**
4. **Vacío en la literatura: artículos sobre Long-COVID [VII]**
5. **Propuesta del artículo [VII]:**

El objetivo del artículo es presentar un análisis de supervivencia para pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) por COVID-19 según tres metodologías distintas: **(1)** una estimación no-paramétrica según la metodología de Kaplan-Meier; **(2)** un modelo paramétrico; y **(3)** un modelo semiparamétrico, a saber, un modelo de riesgos proporcionales de Cox.

1. **El artículo está organizado como sigue:**

El artículo está organizado como sigue: la Sección 2 presenta las fuentes de información empleadas en el análisis de supervivencia; la Sección 3, una descripción general de la implementación de las tres metodologías otrora señaladas; la Sección 4 está dedicada a los resultados diferenciados según cada metodología; y la Sección 5 corresponde a la discusión de los resultados.

1. **Materiales (1 párrafo)**

* Definir la fuente de información (INS) y la muestra considerada. Si es posible, y si existe una diferenciación según olas de la pandemia, se debería especificar en este punto.
* Describir cómo funciona la muestra del INS: ¿cómo son seleccionados los individuos? ¿Se reduce a casos positivos o casos sospechosos? ¿Qué pruebas consideran?, etc.

1. **Métodos**
2. **Resultados**
3. **Discusión**

1. [1] (Al-Tawfit, 2020; Prasad et al., 2021); [2] ) (Siow et al., 2020, Vergano et al., 2020, Bagshaw et al., 2020); [3] (Veralst et al., 2020); [4] (Ezekiel et al., 2019) ; [5] (Sekulic et al., 2020). [↑](#footnote-ref-1)
2. [6] (Achard et al., 2020); [7] (Harris, 2005; McGuire and McConell, 2019; Wensch et al., 2012); [8] (Huntley et al., 2020); [9] Pérez-Zepeda et al. (2021). [↑](#footnote-ref-2)