

Epistemología de la vida salvada en medicina: del rescate biológico al paradigma de la supervivencia integral sostenible

Epistemology of the saved life in medicine: from biological rescue to the paradigm of sustainable integral survival

Categoría del trabajo: Artículo original.

Número de palabras que contiene el manuscrito: 3275

Cantidad de tablas: 2

Autores:

Dulvis Lianet Acosta Herrería ¹

Jorge Luis Santana Pérez ²

Pedro Manuel Concepción Cuétara ³

Jorge Luis Santana León ⁴

¹ Especialista de Primer y Segundo Grado en Medicina Intensiva y Urgencias. Profesora Asistente. Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Departamento de Medicina Intensiva. Hospital Clínico Quirúrgico “Celia Sánchez Manduley”. Manzanillo. Granma, Cuba. ORCID: <http://orcid.org/0009-0000-8590-9966>

² Doctor en Ciencias de la Educación. Máster en Longevidad Satisfactoria y en Educación Superior. Especialista de Primer y Segundo Grado en Urología. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila. Hospital General Docente “Antonio Luaces Iraola”. Departamento de Urología. Ciego de Ávila, Cuba. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9292-9567>

³ Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Ciencias de la Educación Superior. Profesor Titular. Universidad de Ciego de Ávila “Máximo Gómez Báez”. Ciego de Ávila, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4148-7479>

⁴ Estudiante de Medicina. Universidad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, Facultad "José Assef Yara". Ciego de Ávila, Cuba. ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-4322-7482>

Nombre y dirección postal del autor responsable de la correspondencia y dirección de e-mail: Jorge Luis Santana Pérez. Residencia del Centro Universitario Hospital Peltier, Djibouti. Código postal 98230. Correo electrónico: jlsantana730609@gmail.com

Teléfono: +253 77 335868

No existe publicación previa o duplicada de la presentación del manuscrito en otra revista o la publicación de cualquier parte del trabajo.

No existe conflicto de intereses entre los autores Jorge Luis Santana Pérez, Dulvis Lianet Acosta Herrería, Pedro Manuel Concepción Cuétara y Jorge Luis Santana León.

Resumen

Introducción: El término vida salvada se utiliza de forma generalizada como indicador de éxito en medicina, pero presenta una marcada fragmentación epistemológica y carece de un concepto unificado, fragmentándose según la disciplina médica, económica o social. **Objetivo:** Desglosar las dimensiones constitutivas del constructo: vida salvada, para proponer un modelo unificado y, posteriormente, un modelo transdisciplinar. **Materiales y métodos:** investigación cualitativa, descriptiva y de teoría conceptual, con un enfoque epistemológico, fundamentada en el análisis crítico de contenido y la hermenéutica transdisciplinar. **Desarrollo:** Se analizaron críticamente cinco dimensiones: fenomenológica-clínica, métrica-funcional, ecosistémica, económica y relacional. A partir de este análisis, se postula el paradigma de la Supervivencia Integral Sostenible. Este modelo define la vida salvada como un proceso continuo estructurado en cinco etapas interdependientes: rescate biológico en urgencias, restauración funcional, sostenibilidad del entorno, optimización económica ética y reintegración social comunitaria. Se discuten las tensiones bioéticas distributivas asociadas y el sesgo utilitarista de las métricas internacionales tradicionales en el contexto del sistema de salud global. **Conclusiones:** La vida salvada no debe considerarse un evento estático intrahospitalario. El éxito médico-sanitario real exige que el rescate biológico inicial se articule con la equidad, la calidad de vida y la protección contra el gasto catastrófico.

Palabras clave: Medicina Interna; Mortalidad Evitable; Bioética; Economía de la Salud; Equidad en Salud.

Abstract

Introduction: The term saved life is widely used as an indicator of success in medicine, but it presents a marked epistemological fragmentation and lacks a unified

concept, splintering according to medical, economic, or social disciplines. **Objective:** To break down the constitutive dimensions of this construct to propose a unified, transdisciplinary model. **Materials and methods:** A qualitative, descriptive, and conceptual theory research was conducted with an epistemological approach, based on critical content analysis and transdisciplinary hermeneutics. **Results:** Five dimensions were critically analyzed: phenomenological-clinical, metric-functional, ecosystemic, economic, and relational. Based on this analysis, the paradigm of Sustainable Integral Survival (SIS) is postulated. This model defines a "saved life" as a continuous process structured into five interdependent stages: biological rescue in emergency care, functional restoration, environmental sustainability, ethical economic optimization, and social-community reintegration. Distributive bioethical tensions and the utilitarian bias of traditional international metrics within the global health system context are discussed. **Conclusions:** A saved life should not be considered a static, in-hospital event. Real medical-sanitary success requires that the initial biological rescue be linked with equity, quality of life, and protection against catastrophic health expenditures.

Keywords: Internal Medicine; Avoidable Mortality; Bioethics; Health Economics; Equity in Health.

Epistemología de la vida salvada en medicina: del rescate biológico al paradigma de la supervivencia integral sostenible

Epistemology of the saved life in medicine: from biological rescue to the paradigm of sustainable integral survival

Resumen

Introducción: El término vida salvada se utiliza de forma generalizada como indicador de éxito en medicina, pero presenta una marcada fragmentación epistemológica y carece de un concepto unificado, desdoblándose según la disciplina médica, económica o social. **Objetivo:** Desglosar las dimensiones constitutivas del constructo: vida salvada, para proponer un modelo unificado y, posteriormente, un modelo transdisciplinar. **Materiales y métodos:** investigación cualitativa, descriptiva y de teoría conceptual, con un enfoque epistemológico, fundamentada en el análisis crítico de contenido y la hermenéutica transdisciplinar. **Desarrollo:** Se analizaron críticamente cinco dimensiones: fenomenológica-clínica, métrica-funcional, ecosistémica, económica y relacional. A partir de este análisis, se postula el paradigma de la Supervivencia Integral Sostenible. Este modelo define la vida salvada como un proceso continuo estructurado en cinco etapas interdependientes: rescate biológico en urgencias, restauración funcional, sostenibilidad del entorno, optimización económica-ética y reintegración social comunitaria. Se discuten las tensiones bioéticas distributivas asociadas y el sesgo utilitarista de las métricas internacionales tradicionales en el contexto del sistema de salud global. **Conclusiones:** La vida salvada no debe considerarse un evento estático intrahospitalario. El éxito médico-sanitario real exige que el rescate biológico inicial se articule con la equidad, la calidad de vida y la protección contra el gasto catastrófico.

Palabras clave: Medicina Interna; Mortalidad Evitable; Bioética; Economía de la Salud; Equidad en Salud.

Abstract

Introduction: The term saved life is widely used as an indicator of success in medicine, but it presents a marked epistemological fragmentation and lacks a unified concept, splintering according to medical, economic, or social disciplines. **Objective:** To break down the constitutive dimensions of this construct to propose a unified, transdisciplinary model. **Materials and methods:** A qualitative, descriptive, and conceptual theory research was conducted with an epistemological approach, based on critical content analysis and transdisciplinary hermeneutics. **Results:** Five dimensions were critically analyzed: phenomenological-clinical, metric-functional, ecosystemic, economic, and relational. Based on this analysis, the paradigm of Sustainable Integral Survival (SIS) is postulated. This model defines a "saved life" as a continuous process structured into five interdependent stages: biological rescue in emergency care, functional restoration, environmental sustainability, ethical economic optimization, and social-community reintegration. Distributive bioethical tensions and the utilitarian bias of traditional international metrics within the global health system context are discussed. **Conclusions:** A saved life should not be considered a static, in-hospital event. Real medical-sanitary success requires that the initial biological rescue be linked with equity, quality of life, and protection against catastrophic health expenditures.

Keywords: Internal Medicine; Avoidable Mortality; Bioethics; Health Economics; Equity in Health.

Introducción

El término universal vida salvada (VS) es intuitivo; sin embargo, un análisis minucioso revela una profunda fragmentación conceptual. Para construir un constructo integral y unificado, es esencial desglosar una perspectiva multidimensional que abarque métricas epistemológicas, priorización clínica, epidemiología, economía de la salud y bienestar colectivo.

Desde la perspectiva de la Organización Mundial de la Salud (OMS) una VS no se limita a evitar la muerte biológica, sino que implica preservar la funcionalidad y recuperar los años de vida perdidos (1,2). Esta visión se operacionaliza cuantitativamente mediante la metodología de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALYs) (3). A nivel regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha adoptado este concepto de equidad y determinantes sociales de salud, considerando el resultado de la optimización del sistema sanitario y la protección de las poblaciones vulnerables (4).

Al particularizar en el ámbito de la medicina de urgencias, la intervención adquiere un carácter operativo e inmediato donde representa la interrupción de la muerte inminente mediante el restablecimiento de las funciones vitales (5). En el contexto de la economía de la salud, el análisis se basa en la optimización de los recursos limitados y el costo de oportunidad de las decisiones clínicas (6). Por lo tanto, la supervisión vital se evalúa en términos del precio de un año de vida o el valor monetario que la empresa está dispuesta a invertir para evitar una muerte fatal (7). En consecuencia, desde la perspectiva social y comunitaria, la actuación vital simboliza la preservación del capital social y la cohesión familiar (1-3).

En la medicina contemporánea, VS se utiliza como el indicador definitivo de la terapia existente. Sin objeción alguna, esta aceptación universal oculta una evidente fractura

epistemológica. Para cuidados intensivos, la supervivencia es un evento binario e inmediato; para el epidemiólogo, una variable de ganancia en salud; y para el economista, un resultado de costo-utilidad. En el contexto actual de salud global, caracterizado por la transición demográfica y la restricción prevista, un concepto reduccionista es clave para la toma de decisiones. Por lo tanto, el objetivo de esta investigación es desglosar las dimensiones constitutivas del constructo: vida salvada, para proponer un modelo unificado y, posteriormente, un modelo transdisciplinar.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación cualitativa, descriptiva y de teoría conceptual, con un enfoque epistemológico, fundamentada en el análisis crítico de contenido y la hermenéutica transdisciplinar. El estudio se diseñó para desglosar las dimensiones constitutivas del concepto VS y estructurar un modelo teórico unificado denominado Supervivencia Integral Sostenible (SIS).

Fuentes de información: Se efectuó una revisión sistemática de la literatura y un análisis de contenido documental entre enero y junio de 2026. El muestreo fue basado en la relevancia institucional y disciplinar de la misma, se incluyeron documentos oficiales, directrices y glosarios de la OMS y la OPS; literatura académica indexada sobre economía de la salud, evaluación de impacto social y metodologías del valor de la vida estadística (VVE); así como manuales operativos de medicina de urgencias y emergencias.

El criterio de inclusión seleccionó textos que definieran de forma explícita los constructos de VS, AVAD o indicadores de supervivencia global. Se aplicó como criterio de exclusión el descarte de artículos médicos enfocados en tratamientos o técnicas clínicas específicas que no presentaran una discusión holística o conceptual del término supervivencia.

El procesamiento, análisis y síntesis de la información aportada por los datos documentales se ejecutó en tres etapas secuenciales:

1. Triangulación transdisciplinar: Se contrastaron las divergencias metodológicas y los puntos de convergencia entre los enfoques identificados.
2. Desglose dimensional: Se aplicó un análisis cualitativo de contenido para descomponer las definiciones tradicionales en cinco dimensiones constitutivas: Fenomenológica-clínica, métrica-funcional, ecosistémica, asignación de recursos y relacional.
3. Síntesis integradora: Se combinaron los componentes analizados para estructurar la nueva propuesta conceptual y su matriz de operacionalización.

Para la reconceptualización integrada de VS, se sistematizaron los enfoques teóricos tradicionales según sus variables operativas (Tabla 1). Posteriormente, para operativizar un nuevo paradigma de SIS, las dimensiones identificadas se tradujeron en variables e indicadores medibles (Tabla 2).

Consideraciones éticas: Por tratarse de una investigación estrictamente documental y de revisión teórica que no involucró intervenciones en sujetos humanos, animales ni el uso de datos clínicos sensibles, este estudio no requirió la aprobación ni dictamen de un comité de ética en investigación.

Análisis y discusión

1. Deconstrucción de la fragmentación epistemológica. Triangulación

La investigación revela que el término VS opera en la medicina contemporánea bajo una falsa ilusión de consenso semántico. Al triangular los enfoques sectoriales, se evidencia que lo que cada disciplina científica entiende por "salvar" o "morir" responde a paradigmas metodológicos y horizontes temporales inconmensurables entre sí.

El enfoque de la urgencia y emergencia médica se sitúa en un reduccionismo fenomenológico-clínico, se considera la vida como la "continuidad biológica", es un acto de interrupción física del tiempo de muerte. Aquí, la muerte es concebida de forma binaria como el cese inmediato de las funciones vitales, y el acto de salvar se reduce a la estabilización homeostática y a la contención del "minuto cero". Su éxito se mide en la supervivencia inmediata (8-10).

Este horizonte temporal, limitado a minutos u horas, colisiona con la métrica de la OMS, donde la muerte se calcula en términos absolutos de carga global de enfermedad. La VS es centrada en una trayectoria de capacidad funcional y devolver tiempo de bienestar. Tiene la posibilidad de sesgo, al valorar menos salvar la vida de alguien que quedará con una discapacidad crónica severa, al priorizar los que no la poseen, evalúa a las personas a través de una supuesta "perfección" funcional. Para el epidemiólogo, el rescate clínico es insuficiente si no se traduce en la prevención de la discapacidad a mediano plazo, operacionalizada mediante la evitación de los años de vida ajustados (3).

Por su parte, la OPS desplaza el fenómeno del individuo al colectivo, entendiendo la mortalidad como un indicador de falla estructural en la equidad y en los determinantes sociales de la salud. Una VS es el indicador de justicia social de un sistema. Desde esta óptica, salvar una vida implica un horizonte transgeneracional centrado en modificar el entorno y mitigar la "mortalidad evitable". Esta visión colisiona o tensiona el enfoque económico, dado que el presupuesto público no es infinito, se introduce la lógica de la escasez y la optimización presupuestaria, mediante la razón de costo-efectividad incremental (ICER) y el VVE. Bajo esta perspectiva, un rescate biológico críticamente ineficiente representa un costo de oportunidad ética, donde recursos

desviados que se traducen en muertes estadísticas en otras áreas del sistema, en este caso, salvar una vida es una decisión de inversión bajo escasez (11-12).

Finalmente, en la perspectiva social, salvar una vida es evitar una fractura en el tejido comunitario, se restituye la dimensión humanitaria, midiendo el éxito mediante el retorno social de la inversión (SROI) y la preservación del rol, afecto y cohesión familiar, impidiendo que la supervivencia biológica devenga en un gasto catastrófico que hunda al núcleo relacional en la vulnerabilidad económica. Es casi imposible de estandarizar o medir matemáticamente de forma pura, se apela al valor social del dolor y de la dignidad, chocando frontalmente con la frialdad del análisis económico (13).

Al sintetizar lo antes expuesto se comprende que salvar una vida es un proceso continuo que inicia con el rescate biológico inmediato (Urgencia), se consolida mediante la restauración de la capacidad funcional del individuo (OMS), se sostiene a través de la equidad de su entorno (OPS), se justifica mediante el uso ético y eficiente de los recursos públicos (Económico) y florece al reincorporar al sujeto a su red de significado y afectos (Social).

Al triangular metodológicamente los diferentes enfoques se reconceptualiza VS con un constructo multidimensional y unificado:

"Una vida salvada es la interrupción oportuna de un proceso inminente de muerte o discapacidad mediante una intervención médica, económica o social, que logra preservar los años de esperanza de vida de un individuo en un estado de completo bienestar funcional y equidad, restituyendo su valor intrínseco, social y productivo dentro de la comunidad de manera costo-efectiva."

2. Operacionalización practica del concepto de Supervivencia Integral Sostenible

Para transitar del plano teórico a la gestión sanitaria, la matriz de operacionalización de la SIS jerarquiza estas variables en cinco dimensiones interdependientes que deben auditarse de forma sistémica:

- **Dimensión fenomenológica-clínica:** Desde la perspectiva de la medicina de urgencias y los sistemas de cuidados críticos, salvar una vida es un enfoque de transición de estado (finitud vs. continuidad). El éxito se operacionaliza mediante la estabilización hemodinámica y escalas de gravedad a corto plazo. Su principal limitación es que adolece de "miopía temporal"; ignora las secuelas a largo plazo y asume que la mera viabilidad biológica equivale al éxito médico. Utiliza herramientas como APACHE II o SOFA para certificar el éxito técnico del rescate biológico. Es la condición necesaria, pero no suficiente, de la supervivencia.
- **Dimensión métrica-funcional:** La OMS traslada el foco desde el evento orgánico hacia la trayectoria temporal del individuo. Aquí, una VS es la restauración de la capacidad funcional y el rescate del tiempo perdido. Se fundamenta en la cuantificación de la carga global de la enfermedad a través de los AVAD o DALYs evitados. Salvar una vida no es evitar el fallecimiento hoy, sino devolver años libres de enfermedad y discapacidad estructural.

Tiene como limitación que tiende a un utilitarismo estandarizado que puede devaluar la supervivencia de pacientes con discapacidades preexistentes o crónicas. Introduce la fórmula matemática $AVAD = YLL \text{ (Años de Vida Perdidos / Years of Life Lost)} + YLD \text{ (Años Vividos con Discapacidad / Years Lived with Disability)}$. Exige que las auditorías clínicas evalúen la calidad de vida y la secuela funcional residual a los meses o años del alta hospitalaria, superando el indicador crudo de mortalidad hospitalaria.

- **Dimensión ecosistémica:** La OPS colectiviza el constructo bajo la óptica de la mortalidad evitable. Una VS no ocurre de forma aislada, sino que es el resultado de la modificación del riesgo atribuible en el entorno social del paciente. Se analiza mediante el enfoque del curso de vida y el control de los determinantes sociales de la salud. Salvar una vida implica dismantelar las barreras de acceso al sistema que aceleran la muerte de las poblaciones vulnerables.

Su principal limitación es diluir el concepto en grandes cohortes estadísticas, el acto médico individual pierde visibilidad frente a las intervenciones poblacionales. Evalúa la articulación del alta médica con el enfoque del curso de vida de la OPS, verificando si el sistema de salud pública mitiga las inequidades que predisponen al paciente a un reingreso o a una muerte prematura tratable (4).

- **Dimensión de asignación de recursos:** Para la economía sanitaria, la VS es la unidad de optimización bajo condiciones de escasez severa. Todo recurso invertido en salvar a un paciente individual se detrae de la atención de otros individuos. Utiliza el VVE y la ICER. Una vida se considera conceptualmente salvada si la intervención cumple con los umbrales ético-económicos de costo-efectividad del país (históricamente referenciados al producto interno bruto per cápita).

Tiene como limitante que introduce tensiones bioéticas complejas al valorar implícitamente las vidas en función de su capacidad de retorno productivo o años de productividad remanente. Aplica análisis de costo-efectividad y costo-utilidad. Exige a la gobernanza clínica a justificar el gasto médico bajo el principio bioético de justicia distributiva.

- **Dimensión relacional:** Desde la base societal, la vida no pertenece únicamente al organismo que la sustenta; pertenece a su red de afectos y funciones

comunitarias. Salvar una vida es la preservación de la cohesión social y la mitigación del trauma intergeneracional. Se evalúa a través del SROI y la prevención del empobrecimiento catastrófico familiar (evitando la orfandad o la pérdida del sustento económico del hogar).

Esta dimensión es limitada al carecer de la rigidez matemática de los modelos epidemiológicos, lo que dificulta su inclusión en auditorías médicas tradicionales. Emplea escalas de bienestar percibido (EQ-5D, SF-36) vinculadas a los principios de valor social. Mide el impacto cualitativo de la supervivencia en la estructura familiar y comunitaria.

3. Propuesta teórica del paradigma de la Supervivencia Integral Sostenible.

La discusión de estos hallazgos demuestra que evaluar el éxito de un sistema sanitario o de una intervención de emergencia basándose únicamente en la dimensión fenomenológica-clínica (mortalidad hospitalaria bruta) introduce un sesgo metodológico crítico. Una vida rescatada biológicamente que se entrega a un entorno sin equidad, con una alta carga de discapacidad no rehabilitada, un gasto catastrófico familiar y una nula reincorporación social, representa un fracaso sistémico del modelo tradicional.

Para superar la fragmentación descrita, proponemos reconceptualizar la vida salvada no como un indicador estático, sino como un proceso continuo e interdependiente estructurado en cinco fases obligatorias:

[Rescate Biológico] (Urgencia) → [Restauración Funcional] (OMS / AVAD) →
[Sostenibilidad del Entorno] (OPS / Equidad) → [Eficiencia de Recursos] (Económico)
→ [Reintegración Colectiva] (Social)

Bajo este modelo transdisciplinar, redefinimos el concepto de vida salvada para la discusión académica:

“La vida salvada es un proceso sanitario continuo que se inicia con la interrupción oportuna de una amenaza biológica inminente de muerte (rescate), se consolida mediante la preservación de la capacidad funcional del individuo a lo largo de su curso de vida (restauración), se sostiene mediante la equidad y mitigación de riesgos de su entorno (sostenibilidad), se valida éticamente mediante el uso eficiente de los recursos públicos (optimización) y florece al restituir al sujeto a su red de significados, roles y afectos comunitarios (reintegración).”

Con la propuesta del paradigma de la SIS, la VS deja de ser un evento estático y binario para transformarse en un proceso continuo, interdependiente y multiescalar. Este modelo compromete a la comunidad médica y a los tomadores de decisiones a reconocer que el acto médico de reanimación clínica (dimensión fenomenológica) solo adquiere verdadera validez ética y social si se articula con la restauración de la capacidad funcional a largo plazo, la equidad en el acceso a los determinantes de la salud y la reintegración del paciente a su tejido familiar y comunitario.

Por lo antes expuesto, se propone el concepto de "La Supervivencia Integral Sostenible como un proceso continuo, transdisciplinar y sinérgico que se inicia con el rescate biológico e interrupción de la muerte inminente en el entorno crítico; se consolida mediante la restauración de la capacidad funcional y la mitigación de la discapacidad; se sostiene a través de la equidad y la modificación de los determinantes sociales del entorno; se justifica mediante el uso ético, eficiente y costo-efectivo de los recursos limitados; y florece al reincorporar plenamente al sujeto a su red productiva, de significado y de afectos comunitarios."

Discusión y conflictos bioéticos

La transición desde un modelo biológico lineal hacia el paradigma de la SIS no está exenta de fricciones éticas y operativas. En el contexto de la salud pública global,

caracterizado por una marcada fragmentación del sistema (subsistemas públicos, de obras sociales y privado) y una restricción presupuestaria crónica, estas dimensiones colisionan diariamente (14,15,16,17).

El primer gran conflicto surge de la confrontación entre la dimensión clínica (urgencia) y la dimensión económica. El médico internista o intensivista se rige deontológicamente por el principio de beneficencia y el imperativo moral de salvar la vida biológica individual utilizando todos los recursos disponibles. Sin embargo, la economía de la salud introduce la variable del costo de oportunidad. En un hospital público, el uso desproporcionado de insumos de alto costo para prolongar de forma precaria una vida en fase terminal puede privar a múltiples pacientes de tratamientos básicos de alto impacto o mantenimiento de equipos básicos. Esta disyuntiva traslada al profesional de una "ética de la convicción" (centrada exclusivamente en el sujeto frente a él) a una "ética de la responsabilidad" o de la justicia distributiva, generando un profundo desgaste y distrés moral en los equipos de salud (18,19,20,21,22).

Por otra parte, la métrica de la OMS basada en los AVAD introdujo un sesgo utilitarista que la bioética ha cuestionado rigurosamente. Al priorizar las intervenciones que salvan la mayor cantidad de "años de vida saludable", los algoritmos económicos y de asignación macro-institucional tienden a devaluar la vida salvada de los adultos mayores, los pacientes con patologías crónicas avanzadas o aquellos con discapacidades motrices o cognitivas preexistentes. Si salvar la vida de un paciente joven sin comorbilidades "rinde" metodológicamente más AVAD que salvar a un paciente geriátrico multimórbido, el sistema tiende a crear de forma implícita una jerarquía discriminatoria de la existencia humana (23,24).

Frente a esto, el enfoque de la OPS y la dimensión social actúan como un contrapeso ético indispensable. Al incorporar la equidad, los determinantes sociales y la

reintegración familiar como variables de éxito, el modelo SIS redefine el "valor" de la vida. Salvar la vida de un adulto mayor o de un proveedor de hogar en un contexto de vulnerabilidad socioeconómica no se mide únicamente por su productividad económica remanente, sino por su rol fundamental en la cohesión de la red familiar y la prevención de la pobreza intergeneracional (20,21).

Por lo tanto, la reconceptualización de la VS exige que los comités de bioética hospitalaria y los gestores de políticas públicas abandonen las métricas unidimensionales. No se puede declarar el éxito de una VS si el rescate biológico en urgencias condena al paciente a la indigencia por gastos de bolsillo catastróficos o si el sistema de salud pública es incapaz de garantizarle la rehabilitación funcional posterior (1,2,9). El desafío bioético actual de la medicina radica en armonizar la urgencia clínica con la justicia distributiva, entendiendo que el acto de salvar una vida no concluye cuando el corazón vuelve a latir de forma autónoma, sino cuando el individuo es restituido plenamente a su comunidad en condiciones de dignidad.

Conclusiones

La síntesis de la deconstrucción epistemológica ejecutada en esta investigación aporta a la literatura médica dos constructos conceptuales perfeccionados. La adopción de ambos conceptos permite superar definitivamente el dogma del rescate biológico aislado y ofrece a la medicina contemporánea una plataforma epistemológica sólida para medir su verdadero valor social.

El análisis transdisciplinar del concepto de VS demuestra que la persistencia en métricas unidimensionales es insuficiente para guiar la práctica de la medicina y la gestión de políticas públicas en el escenario sanitario contemporáneo.

Sostener que una vida se considera exitosamente rescatada basándose exclusivamente en el restablecimiento inmediato de variables fisiológicas en el área

de emergencias o en el alta de cuidados críticos, representa un reduccionismo biológico que ignora el propósito último de la medicina. El valor de una existencia humana salvada no reside en su capacidad de retorno productivo al mercado, sino en la preservación de su dignidad intrínseca y en la mitigación de la vulnerabilidad social. Solo cuando el sistema sanitario sea capaz de garantizar que el rescate biológico en la urgencia esté respaldado por una red que prevenga el gasto de bolsillo catastrófico y asegure la rehabilitación funcional, se podrá declarar, con el debido rigor científico y bioético, que una vida ha sido verdaderamente salvada.

Recomendaciones

En el contexto global actual, caracterizado por una profunda fragmentación de cobertura y presupuestos crónicamente limitados, el uso descontextualizado de análisis de costo-efectividad macroeconómicos o basados puramente en años de vida saludables ganados corre el riesgo de institucionalizar sesgos utilitaristas que vulneran los derechos de los pacientes crónicos, discapacitados o ancianos. Frente a esto, la medicina debe abanderar una visión humanista arraigada en los principios de la bioética de protección y justicia distributiva internacional.

Adopción del modelo SIS, que tiene implicaciones operativas inmediatas y globales. Se sugiere que las instituciones de salud migren progresivamente desde los indicadores de mortalidad bruta intrahospitalaria hacia auditorías de mortalidad evitable y mediciones de calidad de vida autopercebida post-alta.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. El informe de la OMS de 2024 muestra avances en salud a nivel mundial. Ginebra: OMS; 2025. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/12-05-2025-who-results-report-2024-shows-health-progress-across-regions-overcoming-critical-challenges>

2. Murray CJL, López AD. La carga mundial de morbilidad: una evaluación integral de la mortalidad y la discapacidad por enfermedades, lesiones y factores de riesgo en 1990 y proyecciones para 2020. Escuela de Salud Pública de Harvard, Boston; 1996. Disponible en: <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1275618>
3. Organización Mundial de la Salud. Las inmunizaciones en el mundo salvaron menos de 154 millones de vidas en los últimos 50 años. Ginebra: OMS; 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/24-04-2024-global-immunization-efforts-have-saved-at-least-154-million-lives-over-the-past-50-years>
4. Organización Panamericana de la Salud. La OPS informa sobre el incremento de los riesgos para la salud pública en Venezuela. Washington: OPS; 2026. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-6-2026-ops-amplia-su-respuesta-sanitaria-ante-aumento-riesgos-para-salud-tras>
5. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Urgencias y Emergencias Médicas. Asunción: MSPBS; 2025.
6. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Métodos para la evaluación económica de nuevas prestaciones. Madrid: Gobierno de España; 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/metodos_evaluacion.pdf
7. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. Métodos para la evaluación económica de programas de atención médica. 3.^a ed. Oxford: Oxford University Press; 2005. Disponible en: DOI: [10.1093/oso/9780198529446.001.0001](https://doi.org/10.1093/oso/9780198529446.001.0001)

8. Sánchez Guillaume JL. Un enfoque para la medicina de urgencias y emergencias. MEDISAN; 2018. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3684/368456827012/html/>

9. Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales Sis San Navarra. 2010; 33(1): 55-68. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000200008&lng=es.

10. Lema Balla JC, Guevara Álvarez AK, Guevara Álvarez RA, Yáñez Chicaiza KJ, Lema Balla JR. Un análisis sistemático basado en el Estudio de Carga Global de Enfermedad 2024: Incidencia, prevalencia y años vividos por pacientes con Insuficiencia Renal Crónica a nivel global, en América Latina y Ecuador. Salud, Ciencia y Tecnología. 25 de enero de 2025;5:1434. Disponible en: <https://sct.ageditor.ar/index.php/sct/article/view/1434>

11. Trapero Bertran M. Mejores cuidados y salud: incorporando el coste de oportunidad en el proceso de tomar decisiones. 2014;(142):45-58. Disponible en: https://www.funcas.es/wp-content/uploads/Migracion/Articulos/FUNCAS_PEE/142art04.pdf

12. Social Value International. Principles of Social Value and Social Return on Investment (SROI) standards. Liverpool: Social Value International; 2023. Disponible en: <https://www.socialvalueint.org/principles>

13. Florián J. Sistemas de Salud en Latinoamérica durante el periodo 2020-2023: una revisión sistemática. Rev Climatol. 2024;24(2):145-158. Disponible en: https://rclimatol.eu/wp-content/uploads/2024/03/Articulo-RCLIMCS24_0147-Jaime-Florian.pdf

14. Fernández G. Políticas públicas para la transformación sanitaria en América Latina centradas en participación social, equidad y atención primaria: una revisión de literatura. 2025;46(5):96-111. Disponible en: <https://www.revistaespacios.com/a25v46n05/a25v46n05p09.pdf>
15. Bongioanni A. Repensando la salud en tiempos de colapso: hacia un paradigma integrativo. Bitácoradigital. 2025;12(16). Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/Bitacora/article/view/51885/52507>
16. Martich Adelyne E, PereiraEduarda MM, Pessoa Cesse Â. Fragmentación, heterogeneidad y desafíos del sistema de salud argentino en el contexto de reformas ultraliberales emergentes. Cuadernos de Salud Pública. 2026; 42 (1). Disponible en: <https://www.scielo.org/article/csp/2026.v42suppl1/e00012725/>
17. Habib AR, Qureshi O, Ramachandran R, Ross JS. Orientación sobre economía y uso de recursos en las guías de práctica clínica de las sociedades médicas estadounidenses. JAMA Netw Open. 2026;9(6). Disponible en: JAMA Network. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2850841>
18. Barnea R, Tur-Sinai A, Tal O. Balancing the impact of socio-ethical and economic considerations on clinical-hospital decision-making. BMC Med Ethics. 2026;27(2):114-127. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/406769763_Balancing_the_impact_of_socio-ethical_and_economic_considerations_on_clinical-hospital_decision-making
19. Pereira SF, Vernekar SP. Dilemas éticos y procesos de toma de decisiones en el racionamiento de la atención sanitaria en entornos con recursos limitados: un

- análisis crítico. Elsevier. *Ética, Medicina y Salud Pública*. 2026;34. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2352552526000630>
20. Organización Panamericana de la Salud. La OPS informa sobre Determinantes sociales de la salud. Washington: OPS; 2026. Disponible en:
<https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#marco>
21. Vargas Hernández JA, Hinojosa Juárez AC, Mendieta Zerón H, González Santana A. *Ética Médica y Economía de la Salud*. Inteligencia Epidemiológica. 2024;14(2):18-24. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/390943872_Etica_Medica_y_Economia_de_la_Salud
22. McHugh N, Baker RM, Mason H, Williamson L, van Exel J, Deogaonkar R, et al. Prolongar la vida de las personas con enfermedades terminales: ¿un derecho moral y una muerte costosa? Explorando las perspectivas sociales. *BMC Med Ethics*. 2015;16(14). Disponible en:
https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4357067/pdf/12910_2015_Article_8.pdf
23. Puyol A. Utilitarianism, equality, and public health in a world in turmoil. *J Public Health*. 2025;47(1): 112-115. Disponible en:
https://academic.oup.com/jpubhealth/article/47/Supplement_1/i112/8383332
24. Ortiz Alcántara IM. Guías bioéticas de asignación de recursos en salud. Valiosas herramientas de uso cotidiano, no solo en situaciones críticas. *MedXplora Bioet*. 2025;14(2):45-58. Disponible en:
https://www.gacetaconbioetica.com/frame_esp.php?id=25

Tabla 1. Variables operativas de los enfoques empleados en la triangulación conceptual.

Punto de vista	¿Qué es la muerte?	¿Qué es salvar la vida?	Métrica principal	Horizonte de tiempo
Urgencia	Cese de funciones vitales.	Restablecer la homeostasis y ganar tiempo.	Signos vitales / Escalas de Triage *	Inmediato (Minutos / Horas).
OMS	Carga de enfermedad absoluta.	Evitar la pérdida prematura de años de salud plena.	AVAD o DALYs evitados	Corto/Mediano plazo (Años de vida)
OPS	Fracaso del entorno y la equidad.	Modificar los determinantes sociales del riesgo (DSR) â€	Tasa de mortalidad evitable	Largo plazo (Curso de vida / Generacional)
Económico	Pérdida de capital humano y gasto ineficiente	Maximizar el beneficio clínico por unidad de recurso invertido	Razón de Costo-Efectividad Incremental (ICER) Â§ / Costo por	Ciclo presupuestario o productivo

			AVAD â€ / VVE	
Social	Pérdida de un rol, un afecto y un pilar colectivo.	Preservar la integridad familiar y la cohesión comunitaria.	Retorno Social de la Inversión (SROI) Â¶	Transgeneracional.

Leyenda:

- * **Triage:** Protocolos estándar de priorización según gravedad clínica.
- â€ **AVAD / DALYs:** Años de Vida Ajustados por Discapacidad / *Disability-Adjusted Life Years*.
- â€¡ **DSR:** Incluye factores como acceso a agua potable, educación, vivienda y servicios de salud.
- Â§ **ICER:** Razón de Costo-Efectividad Incremental / *Incremental Cost-Effectiveness Ratio*.
- || **VVE:** Valor de una Vida Estadística
- Â¶ **SROI:** Retorno Social de la Inversión / *Social Return on Investment*. Metodología que mide el valor extrafinanciero (social, ambiental y económico) respecto a los recursos invertidos.

Tabla 2. Operacionalización de las variables metodológicas para el paradigma de la Supervivencia Integral Sostenible.

Dimensión	Enfoque Principal	Indicador Clave Métrica	Herramienta de Medición / Escala	Alcance y Significado Clínico
Fenomenológica-Clínica	Urgencia y Emergencia	Supervivencia inmediata al alta o a 28 días; sensibilidad y especificidad del Triage *	Escalas de gravedad fisiológica (APACHE II $\hat{A}$, SOFA $\hat{A}$); Modelos de Triage estructural (RAC) $\hat{A}$	Determina el éxito técnico en la interrupción de la muerte biológica inminente en el "minuto cero"
Métrica-Funcional	Epidemiológico (OMS)	AVAD o DALYs evitados	Fórmulas estandarizadas de carga de enfermedad (\$AVAD = YLL $\hat{A}$ + YLD\$ **)	Cuantifica la restauración de la capacidad funcional del paciente a mediano y largo plazo

Ecosistémica	Salud Pública (OPS)	Tasa de Mortalidad Evitable (mortalidad tratable y prevenible)	Clasificaciones de causas de muerte de la OPS; Enfoque de Curso de Vida	Mide la efectividad del sistema de salud para mitigar riesgos e inequidades en el entorno
Asignación de Recursos	Económico (Economía de la Salud)	ICER Δ Δ ; VVE Δ Δ ;	Análisis de Costo- Efectividad (ACE) y Análisis de Costo-Utilidad (ACU)	Evalúa la eficiencia del gasto y el costo de oportunidad de la intervención en condiciones de escasez
Relacional	Social y Humanitario	SROI Δ Δ ; prevención del gasto catastrófico en salud	Cuestionarios de calidad de vida y bienestar percibido (EQ- 5D, SF-36);	Valora el impacto de la supervivencia en la estructura familiar,

			Principios de <i>Social Value</i>	previniendo la orfandad y la pobreza
--	--	--	--------------------------------------	--

Leyenda:

- * **Triage:** Protocolos estándar de priorización según gravedad clínica.
- € **APACHE II:** *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II.*
- ¢ **SOFA:** *Sequential Organ Failure Assessment.*
- Â§ **RAC:** Recepción, Acogida y Clasificación.
- || **AVAD / DALYs:** Años de Vida Ajustados por Discapacidad / *Disability-Adjusted Life Years.*
- Â¶ **YLL:** Años de Vida Perdidos / *Years of Life Lost.*
- ** **YLD:** Años Vividos con Discapacidad / *Years Lived with Disability.*
- € € **ICER:** Razón de Costo-Efectividad Incremental / *Incremental Cost-Effectiveness Ratio.*
- ¢¢ **VVE:** Valor de una Vida Estadística. Utilizado para calcular el beneficio económico de reducir riesgos de mortalidad.
- Â§Â§ **SROI:** Retorno Social de la Inversión / *Social Return on Investment.* Metodología que mide el valor extrafinanciero (social, ambiental y económico) respecto a los recursos invertidos.