La carga del superviviente

DOI:10.5281/zenodo. 23078875

SANUM 2026, 10(4) 274-277

Cómo citar este artículo

Gil Forero JC.
La carga del superviviente.
SANUM 2026, 10(4) 274-277
DOI: 10.5281/zenodo.23078875

© La autora. Publicado por SANUM: Revista Científico-Sanitaria bajo una licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es

AUTORA

Janeth Cecilia Gil Forero[1] (0000-0001-5322-0494)

Afiliación:
[1] GISAP ESE Norte - Red de Salud del Norte Empresa Social del Estado. Cali, Colombia.

Correspondencia:
Janeth Cecilia Gil Forero.
janeth.jcf@gmail.com

Información del artículo

Tipo de artículo: Carta al Editor.
Sección: Medicina intensiva.
F. recepción: 30-06-2026
F. aceptación: 14-08-2026
F. publicación: 30-10-2026
DOI: 10.5281/zenodo.23078875

Señor editor de la revista internacional multidisciplinar de acceso abierto SANUM, esta reflexión examina cómo la supervivencia crítica puede transformar la demanda sanitaria futura.

Una característica fundamental de los sistemas sanitarios modernos es que su estabilidad no depende exclusivamente de la disponibilidad de hospitales, profesionales o recursos financieros, sino de la capacidad para gestionar de manera eficiente los flujos de pacientes a lo largo de todo el continuo asistencial (1,2). Desde una perspectiva de biología de sistemas aplicada a la salud pública, un sistema puede considerarse en riesgo de colapso cuando la velocidad de generación de nuevas necesidades asistenciales supera de forma sostenida la capacidad de resolución, recuperación y reintegración funcional de los individuos atendidos (1,3).

En este contexto, el colapso no representa un evento súbito, sino un proceso progresivo de acumulación de vulnerabilidad clínica, demanda asistencial y consumo de recursos que termina comprometiendo la sostenibilidad operativa y financiera del sistema (2,3).

Tradicionalmente, la medicina crítica ha evaluado su éxito mediante indicadores centrados en la supervivencia hospitalaria (1,3). Sin embargo, el incremento sostenido de sobrevivientes de sepsis, choque séptico, insuficiencia respiratoria aguda, trauma complejo y otras enfermedades críticas ha revelado una realidad diferente: la supervivencia no equivale necesariamente a recuperación biológica (1).

Una proporción significativa de los pacientes egresados de unidades de cuidados intensivos desarrolla alteraciones persistentes agrupadas bajo el concepto de síndrome post cuidados intensivos (PICS), caracterizado por deterioro físico, disfunción cognitiva, trastornos neuropsiquiátricos, fragilidad acelerada, pérdida funcional y disminución de la calidad de vida (1,3). Estas alteraciones representan la expresión clínica de procesos biológicos persistentes como inflamación residual, inmunodisrupción, disfunción mitocondrial, pérdida de masa muscular, alteraciones neuroendocrinas y envejecimiento biológico acelerado. Ver Figura 1.

The survivor burden

DOI:10.5281/zenodo.23078875
SANUM 2026, 10(4) 274-277

How to cite this article

Gil Forero JC.
The survivor burden
SANUM 2026, 10(4) 274-277
DOI: 10.5281/zenodo. 23078875

© The author. Published by SANUM: Revista Científico-Sanitaria under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License (CC BY-NC-ND 4.0).
https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/



Figura 1. La sostenibilidad sanitaria depende menos de salvar vidas aisladas y más de restaurar capacidad biológica, funcional y social, evitando que la supervivencia incompleta genere dependencia, rehospitalización y demanda asistencial recurrente. Fuente: Elaboración propia mediante inteligencia artificial generativa, revisada y validada por la autora para fines científicos y académicos.

La relevancia sistémica de este fenómeno radica en que dichas alteraciones generan un circuito de retroalimentación asistencial (3,4). El paciente que no recupera adecuadamente su función física, inmunológica o cognitiva presenta mayor riesgo de infecciones recurrentes, caídas, descompensaciones metabólicas, eventos cardiovasculares, dependencia funcional y deterioro de enfermedades crónicas preexistentes (1,3). Como consecuencia, aumenta la frecuencia de consultas médicas, visitas a urgencias, hospitalizaciones repetidas y requerimientos de rehabilitación compleja. Cada uno de estos eventos incrementa la utilización de recursos sanitarios sin modificar necesariamente los mecanismos biológicos subyacentes que originan la vulnerabilidad persistente (3,4).

Desde una perspectiva epidemiológica, la acumulación de sobrevivientes con secuelas post-críticas puede generar una transición silenciosa desde un modelo centrado en enfermedades agudas hacia un modelo dominado por estados de vulnerabilidad crónica adquirida (3,4). En este escenario, los hospitales dejan de recibir únicamente nuevos pacientes para comenzar a atender repetidamente a los mismos individuos que retornan al sistema debido a una recuperación incompleta. La consecuencia es una reducción progresiva de la capacidad disponible para responder a nuevas demandas asistenciales, fenómeno que se manifiesta mediante saturación de urgencias, ocupación persistente de camas, incremento de listas de espera y presión financiera creciente (1,3,4).

El concepto de colapso sanitario debe entenderse entonces como una pérdida de capacidad adaptativa del sistema frente a la demanda acumulada. Biológicamente, el problema no se origina exclusivamente en la enfermedad aguda inicial, sino en la incapacidad para restaurar el capital biológico del individuo después de la fase crítica (1,3,4). Cuando la recuperación funcional no forma parte de la estrategia asistencial, la supervivencia se transforma en una fuente continua de nuevas necesidades sanitarias. En términos de sistemas complejos, la enfermedad crítica deja de ser un episodio aislado para convertirse en un generador de carga asistencial futura (1,3,4).

Esta interpretación posee profundas implicaciones para la organización de la atención sanitaria (2,4). Si la enfermedad crítica produce una población creciente de supervivientes con vulnerabilidad persistente, la continuidad asistencial post-UCI deja de ser una intervención opcional y se convierte en un componente estructural de sostenibilidad (3).

Programas orientados a inmunovigilancia, rehabilitación multidominio, optimización nutricional, recuperación funcional, salud mental y reintegración social podrían actuar sobre los mecanismos biológicos que perpetúan la dependencia sanitaria (2,4). Bajo esta perspectiva, prevenir el colapso no consiste únicamente en aumentar camas, contratar más profesionales o expandir infraestructura, sino en reducir la generación de demanda evitable mediante estrategias que permitan transformar supervivientes vulnerables en individuos biológicamente recuperados (1,3,4).

En consecuencia, la verdadera medida del éxito de un sistema sanitario no debería limitarse al número de vidas salvadas durante la hospitalización, sino a su capacidad para evitar que esas vidas regresen repetidamente al sistema debido a una recuperación incompleta (2,3,4).

CONCLUSIÓN:

La recuperación integral debe convertirse en prioridad estratégica para preservar autonomía, contener costos, fortalecer resiliencia y garantizar sostenibilidad.

Declaraciones

Financiación

La autora declara que no recibió financiación específica para la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Conflictos de interés

La autora declara que la investigación fue realizada en ausencia de relaciones comerciales, institucionales o financieras que pudieran interpretarse como potenciales conflictos de interés.

Disponibilidad de datos

Al tratarse de una Carta al Editor de carácter reflexivo basada en literatura científica publicada, no se generaron conjuntos de datos originales. La información utilizada procede de las fuentes bibliográficas citadas en el manuscrito.

Contribución de los autores (CRediT)

JCGF: Conceptualización, Metodología, Análisis formal, Redacción – borrador original, Redacción – revisión y edición, Supervisión.

- **JCGF:** Janeth Cecilia Gil Forero.

La autora participó en la elaboración del manuscrito de acuerdo con las funciones descritas mediante la taxonomía CRediT, revisó críticamente el manuscrito, aprobó la versión final para su publicación y acepta la responsabilidad sobre todos los aspectos del trabajo, de acuerdo con los criterios establecidos por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE).

Uso de Inteligencia Artificial

La autora declara que las herramientas de inteligencia artificial generativa fueron utilizadas para la elaboración de la Figura 1, posteriormente revisada y validada por la autora, así como para la corrección gramatical, el refinamiento del lenguaje, la organización estructural del manuscrito y la mejora de la claridad de la redacción académica. La inteligencia artificial no fue empleada para la generación de datos, la interpretación de resultados, la toma de decisiones metodológicas, la fabricación de referencias bibliográficas, el análisis estadístico, la generación automática de conclusiones ni el desarrollo de los conceptos científicos presentados en este manuscrito. Todas las interpretaciones académicas, análisis críticos y conclusiones finales fueron desarrollados, revisados y validados directamente por la autora.

Publicación previa

La autora declara que el trabajo es original e inédito y que no ha sido publicado previamente ni enviado simultáneamente a otra revista o soporte.

Consideraciones éticas

Al tratarse de una Carta al Editor de carácter reflexivo basada en literatura científica publicada, sin participación de personas o animales ni utilización de datos clínicos individuales, no fue necesaria la aprobación por un comité de ética.

Declaración de transparencia

La autora declara haber participado en la concepción, elaboración y revisión científica del trabajo, haber aprobado su versión final y asumir la responsabilidad sobre la integridad, precisión y veracidad de la información presentada.

REFERENCIAS

1. Gupta L, Subair MN, Munjal J, Singh B, Bansal V, Gupta V, Jain R. Beyond survival: understanding post-intensive care syndrome. Acute Crit Care. 2024;39(2):226-233. doi: 10.4266/acc.2023.01158
2. Saavedra-Torres JS, Nati-Castillo HA, Gaibor-Pazmiño A, Ortiz Erazo WF, Martínez Castaño MA, Nieto Brandon CC, Parra Ramos DC, Villamil J, Sánchez S L, López-Cortés A, Izquierdo-Condoy JS. Sepsis in multimorbidity: a domain-based framework for systemic vulnerability and precision care. Front Med (Lausanne). 2026 Apr 28;13:1827818. doi: 10.3389/fmed.2026.1827818. PMID: 42131605; PMCID: PMC13162044.
3. Hermann M, Karner V, Schaller SJ. Update on long-term physical disability after critical illness: the burden of post-intensive care syndrome. Intensive Care Med. 2026;52:1066-1069. doi: 10.1007/s00134-026-08355-z.
4. Radulescu SM, Prizeman-Green S, Seth S, et al. Prevalence and representation of comorbidities and multimorbidity in randomised controlled trials in sepsis or septic shock: a systematic review. Crit Care. 2026;30:339. doi: 10.1186/s13054-026-06049-y.