

La atención en salud basada en el valor: estrategia orientada a mejorar los resultados en salud^{*}

Value-Based Healthcare: A Strategy Aimed at Improving Health Outcomes

Atenção à saúde baseada em valor: estratégia voltada para a melhoria dos resultados em saúde

Recibido: 09 de julio de 2024. **Aceptado:** 12 de mayo de 2025. **Publicado:** 16 de diciembre de 2025.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.sbve>

Fabián Gutiérrez Builes^a

Universidad CES , Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7168-4353>

Isabel Cristina Posada Zapata

Universidad CES, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4953-6490>

Gino Montenegro Martínez

Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia, Colombia

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9090-6209>

Cómo citar: Gutiérrez Builes, F., Posada Zapata, I. C. y Montenegro Martínez, G. (2025). La atención en salud basada en el valor: estrategia orientada a mejorar los resultados en salud. *Gerencia y Políticas de Salud*, 24. [http://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.sbve](https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps24.sbve)

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: gutierrez.fabian@uces.edu.co



Resumen

La salud pública tiene como propósito transformar las condiciones económicas, ambientales, sociales y culturales que influyen en la salud de las poblaciones, incluyendo los sistemas de salud. El objetivo de esta reflexión es analizar cómo la Atención en Salud Basada en Valor (ASBV) puede servir como modelo estratégico para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y los resultados relevantes para el paciente. En este sentido, se plantea como una opción para enfrentar los desafíos actuales de los sistemas sanitarios y aportar a la solución del vacío existente en torno a estrategias que mejoren su desempeño y conduzcan a mejores resultados en salud. Asimismo, la ASBV no solo se centra en la eficiencia económica, sino que también promueve una atención integral que considera las expectativas y necesidades del paciente; por tanto, al priorizarlo como actor central, los sistemas de salud pueden alcanzar metas críticas planteadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), tales como mejorar la salud general y garantizar la equidad en el acceso a los servicios.

Palabras clave: atención médica basada en valor, salud pública, atención de la salud, sistemas de salud, gestión en salud, planificación en salud.

Abstract

Public health aims to transform the economic, environmental, social, and cultural conditions that influence population health, including healthcare systems. The objective of this reflection is to analyze how Value-Based Healthcare (VBHC) can serve as a strategic model to improve the performance of health systems and patient-relevant outcomes. In this regard, it is proposed as an option to address current challenges in health systems and to help close the gap in strategies that enhance system performance and lead to better health results. Moreover, VBHC not only focuses on economic efficiency, but also promotes comprehensive care that considers patient expectations and needs. By prioritizing the patient as a central actor, health systems can meet critical goals set by the World Health Organization (WHO), such as improving overall health and ensuring equity in access to services.

Keywords: Value-Based Healthcare, Public Health, Healthcare Delivery, Health Systems, Health Management, Health Planning.

Resumo

A saúde pública tem como propósito transformar as condições econômicas, ambientais, sociais e culturais que influenciam a saúde das populações, incluindo os sistemas de saúde. O objetivo desta reflexão é analisar como a Atenção à Saúde Baseada em Valor (ASBV) pode servir como um modelo estratégico para melhorar o desempenho dos sistemas de saúde e os resultados relevantes para os pacientes. Nesse sentido, apresenta-se como uma alternativa para enfrentar os desafios atuais dos sistemas de saúde e contribuir para preencher a lacuna existente em torno de estratégias que melhorem seu desempenho e conduzam a melhores resultados em saúde. Além disso, a ASBV não se limita à eficiência econômica, mas promove uma atenção integral que considera as expectativas e necessidades do paciente; ao priorizá-lo como ator central, os sistemas de saúde podem alcançar metas críticas propostas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como melhorar a saúde geral e garantir a equidade no acesso aos serviços.

Palavras-chave: atenção médica baseada em valor, saúde pública, atenção à saúde, sistemas de saúde, gestão em saúde, planejamento em saúde.



Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha señalado que los sistemas de salud en el mundo deben mejorar su desempeño, lo cual debe reflejarse en mejores resultados para la población (1). Este desempeño está condicionado por la complejidad y el dinamismo propios de cada sistema, influenciados por su contexto particular, lo que impacta directamente en la posibilidad de alcanzar resultados óptimos en salud (2). En respuesta a este desafío, se han desarrollado propuestas innovadoras como la Atención en Salud Basada en Valor (ASBV), que, desde el marco del pensamiento organizacional estratégico, la planeación y la gestión en salud, propone transformar el enfoque tradicional de los sistemas sanitarios (3). Este nuevo paradigma plantea un cambio del modelo centrado en el volumen de servicios hacia uno enfocado en el valor generado para el paciente, priorizando resultados en salud significativos para él (4). De esta manera, se espera que los sistemas de salud logren objetivos alineados con los postulados de la OMS: mejorar los niveles de salud, responder de manera legítima a las expectativas de la población y garantizar una distribución equitativa de los recursos financieros (1).

Frente al desafío de optimizar el desempeño de los sistemas de salud, el modelo ASBV plantea una ruta estratégica y metodológica que permite redirigir el enfoque de atención, con el fin de mejorar los resultados y garantizar que estos sean relevantes para el paciente. En este contexto, se invita a las instituciones, organizaciones y actores del sistema a priorizar, diseñar y ejecutar intervenciones orientadas a resolver los principales problemas de salud pública mediante respuestas efectivas a las necesidades y expectativas de la población, promoviendo al mismo tiempo la sostenibilidad y el buen funcionamiento del sistema. Estas acciones, cuyo propósito es transformar la dinámica sanitaria, deben estar fundamentadas en enfoques teóricos y disciplinares aplicables a la materia (2-4).

Pese a los avances, persiste un vacío significativo en la literatura (5-7) acerca de cómo aplicar estrategias eficaces que fortalezcan el desempeño de los sistemas de salud, mejoren la atención sanitaria y se ajusten a las necesidades cambiantes de la población. Este artículo tiene como objetivo reflexionar sobre el potencial de la ASBV como estrategia organizacional que puede contribuir a la transformación de los sistemas de salud, reconociendo sus aportes, limitaciones y posibilidades de articulación con el enfoque de salud pública.

La reflexión se desarrolla desde un enfoque argumentativo y conceptual (8-10), no sistemático, centrado en el análisis teórico de la ASBV como modelo de gestión organizacional. Cabe aclarar que no se trata de una revisión de alcance, sino de una propuesta crítica que busca aportar al debate sobre su aplicabilidad en contextos diversos.

Como tesis central, se sostiene que la ASBV, comprendida desde sus fundamentos organizacionales, puede contribuir de manera significativa al mejoramiento del desempeño de los sistemas de salud si se articula críticamente con los principios de la salud pública, respetando su marco epistemológico y su propósito colectivo.



Salud pública como acción transformadora

En este marco, la salud pública se concibe como un campo de acción que busca transformar las condiciones económicas, ambientales, sociales y culturales que influyen en la salud de las poblaciones. Entre estas condiciones se incluyen los sistemas de salud, considerados determinantes organizacionales del bienestar colectivo (11). Asimismo, la salud pública no se limita a la atención sanitaria, sino que abarca acciones institucionales y organizacionales fundamentadas en enfoques como la promoción de la salud, la planificación participativa y la gestión intersectorial. La acción en salud pública no se reduce únicamente a intervenciones comunitarias, sino que también implica decisiones organizacionales que afectan directa o indirectamente la salud de las personas (12).

Autores como Franco, Frenk y la OPS han señalado que la acción en salud requiere decisiones informadas y basadas en evidencia, articuladas con las necesidades de las poblaciones (2,11,12). Esta visión permite comprender los sistemas de salud como escenarios donde se expresan la política, la gestión y la técnica en constante tensión.

Lo conceptual de las instituciones y organizaciones en los sistemas de salud, en el marco de la gestión en salud

Promover el buen desempeño y el mejoramiento de los resultados de los sistemas de salud es un hito que ha dado forma a la gestión en salud en todos los países y regiones del mundo (1,3). En este marco, se busca enfocar y articular esfuerzos institucionales y organizacionales dentro de una ruta de decisiones que respondan a las necesidades y problemas relacionados con los procesos de salud y enfermedad. Conceptualmente, la institución es un patrón de orden y comportamiento social que proviene de la voluntad genuina de las comunidades y se construye históricamente, regulada socialmente bajo un conjunto de reglas e intereses comunes. Según Bowles, las instituciones son “leyes, reglas informales y convenciones que dan una estructura durable a las interacciones sociales” (13). Pueden ser formales o informales, con normas y valores propios que fijan comportamientos y roles para quienes pertenecen a ellas. Se caracterizan por su permanencia y se instrumentalizan para cumplir una función social (13-17).

En las instituciones se generan espacios reflexivos que dan origen a las organizaciones mediante la interacción económica, social y política entre individuos y grupos sociales, otorgando forma y sentido tanto a la institución como a sus organizaciones. En este sentido, la interacción y el comportamiento humano que rodean el entorno institucional han sido objeto de estudio desde el institucionalismo, lo que ha favorecido el desarrollo de las instituciones y sus organizaciones a lo largo del tiempo, en distintos momentos históricos y bajo perspectivas que han permitido explicar de manera más coherente los problemas tradicionales relacionados con la política institucional. Estas explicaciones surgen de nuevos desarrollos metodológicos y aportes multidisciplinarios (13).



Por su parte, la organización es un componente estructural de la institución. Se trata de un constructo social dinámico que busca transformarse, motivado por retos, desafíos y oportunidades, al tiempo que reconoce sus limitaciones. La organización cobra sentido y personificación a través de la actuación coordinada de sus actores para alcanzar objetivos y metas compartidas. Además, dispone de un marco axiológico, recursos propios y capacidad de autorregulación. Su dinámica la hace singular, y la interpretación que de ella hacen los grupos humanos que la conforman le permite mitigar aspectos relacionados con la incertidumbre (18).

La organización tiene límites y fronteras identificables. Sus elementos constitutivos son: la estructura, los procesos y resultados, el grupo humano que la habita y dinamiza, la toma de decisiones y su entorno. También se caracteriza por su semiótica, la cual fortalece su cultura e identidad a través de una red significativa que acoge la creación, transformación y actualización de signos organizacionales y su representación simbólica, favoreciendo los procesos comunicativos internos y externos (19). Por ser dinámica, multirracial y tener espacios de tensión, la organización favorece el cambio. Es autónoma, pero también dependiente, ya que sus representantes e instituciones se relacionan de manera constante con la sociedad (20-22).

Los sistemas de salud son abiertos y complejos. En ellos se toman decisiones institucionales y organizacionales que, en el marco del pensamiento organizacional estratégico, pueden fortalecer el desempeño, crecimiento y sostenibilidad a través de estrategias generadas desde el propio sistema y sus actores. De esta dinámica surgen elementos técnicos y científicos que permiten abordar problemáticas relacionadas con la atención en salud, bajo enfoques epistemológicos que consideran el contexto histórico, político, económico y social, y que proponen rutas metodológicas integrales, integradas e intersectoriales para los actores del sistema (23).

A partir de este análisis conceptual sobre la gestión en salud desde el papel de instituciones y organizaciones, se esclarece qué son, quiénes participan, cuál es su propósito y de qué manera implementan dicha gestión. No obstante, queda por abordar cómo esta gestión se traduce en decisiones y acciones concretas que fortalezcan el desempeño de los sistemas de salud. Estas decisiones impulsan la capacidad de transformación frente a nuevos desafíos y oportunidades, orientando su evolución. En este punto, la estrategia cobra relevancia al ofrecer enfoques innovadores como la ASBV, que contribuyen a mejorar la calidad de la atención, los resultados en salud y la sostenibilidad del sistema.

La estrategia y su papel en la gestión en salud

La palabra estrategia proviene del griego στρατηγία (*stratēgia*), que traduce ‘oficio del general’, derivada de στρατηγός (*stratēgós*), y hacía referencia a los principios estratégicos utilizados en la guerra y a las figuras militares de la antigua Grecia (24). Por ello, su uso se vinculó inicialmente al ámbito militar, aunque posteriormente se extendió a la ciencia política y la administración. De hecho, el libro *El arte de la guerra* de Sun Tzu se utiliza con frecuencia

en la formación en estrategia, lo que ha permitido que este concepto sea objeto de continua construcción, en paralelo con el desarrollo del pensamiento organizacional (25).

La estrategia cumple una función articuladora al ordenar recursos, actores y procesos dentro de las organizaciones que operan en condiciones de incertidumbre (20). Desde esta perspectiva, se concibe como una decisión que requiere tanto reflexividad como pragmatismo. En el ecosistema de la salud, la reflexión aporta una comprensión profunda de la dinámica y contexto de cada sistema, y, a partir de ella, en el plano práctico, se definen acciones orientadas a generar un impacto positivo en los resultados en salud (20,25-27).

Este enfoque estratégico ha sido clave en modelos como la gestión por resultados, el pensamiento sistemático y la atención centrada en el valor (27-29), así como en propuestas que reconocen la importancia de alinear los objetivos institucionales con las necesidades del paciente. La estrategia en salud no puede entenderse de manera neutra, pues está inmersa en contextos simbólicos, culturales y normativos que condicionan las decisiones. Las instituciones se regulan por marcos legales, estructuras de poder, valores compartidos y creencias (30-32), de modo que toda estrategia conlleva siempre una dimensión política y cultural.

Arellano sostiene que la estrategia es una decisión racional que dirige estructuralmente la organización y sus actores hacia un fin común. Surge de la reflexividad y se instrumentaliza dentro de un marco de complejidad y valor. No se predice, sino que constituye una respuesta adaptativa frente al contexto institucional y organizacional. No se relaciona con procesos lineales, sino con personas y situaciones en constante cambio, permeadas por el poder y el conflicto. Por ello, la estrategia debe guiar la toma de decisiones mediante la interacción entre el pensamiento racional, la abstracción, la creatividad y la acción, que conducen a la experiencia, el aprendizaje y la formación (20,30).

Las decisiones tomadas en los sistemas de salud llevan consigo la responsabilidad de sus efectos en toda la organización y sus niveles de gestión. De ahí que deban orientarse al logro de objetivos y metas alcanzables, reconociendo que toda decisión implica una elección que puede ser consciente o inconsciente. Esta elección indica que se ha optado por un camino y se han descartado otros, lo que implica responsabilidad en términos de poder y autoridad (31).

Modelo de Atención en Salud Basada en Valor (ASBV)

Frente al reto y vacío de conocimiento que enfrentan las instituciones, organizaciones y actores de la salud pública para mejorar el desempeño de los sistemas de salud y definir e implementar rutas estratégicas y metodológicas que optimicen la atención y los resultados relevantes para el paciente, surgen alternativas como el modelo de Atención en Salud Basada en Valor (ASBV). Este se concibe como una estrategia de transformación organizacional que propone un replanteamiento del enfoque de atención en salud (27,32-33).



En 2004, Michael E. Porter y Elizabeth Teisberg propusieron la ASBV como un cambio de paradigma en las ciencias de la salud, especialmente en la forma de concebir, medir y gestionar el cuidado. Surgió en el contexto de crisis del sistema de salud estadounidense, como una respuesta orientada a superar las limitaciones del modelo biomédico tradicional y del enfoque centrado en el volumen. Supuso el tránsito de un fundamento epistemológico basado en el positivismo hacia un enfoque pragmático y constructivista (27,32-34).

El modelo emergente no se apoya en la epistemología positivista, centrada en la evidencia empírica, los indicadores clínicos y la fragmentación de los procesos de atención. En ese contexto, el éxito se mide por el número de procedimientos o consultas, no necesariamente por los resultados significativos para el paciente. En contraste, la ASBV se sustenta en una epistemología integradora y pragmática que, además del conocimiento clínico-biológico, incorpora el valor percibido por el paciente (calidad de vida, funcionalidad, experiencia) (33-35). Reconoce el papel del contexto social, económico y cultural en la efectividad del cuidado, y privilegia una visión constructivista, en la cual el valor se cocrea entre paciente, profesional y sistema, mediante procesos de toma de decisiones compartidas.

Esto implica un cambio en la unidad de análisis y en los criterios de verdad: el objeto de conocimiento ya no es solo la enfermedad o el tratamiento, sino el resultado en salud relevante para el paciente. Los criterios de verdad se desplazan de la eficiencia técnica a la efectividad significativa, incorporando dimensiones subjetivas, relacionales y experienciales (27,33-35).

La ASBV se caracteriza por su interdisciplinariedad y aplicación práctica, integrando saberes de la medicina, la economía de la salud, la gestión clínica, la ética y las ciencias sociales. Se sustenta en:

- La evaluación de resultados centrados en el paciente, organizados en dos categorías: los vinculados con el estado de salud percibido y reportado por el paciente, evaluados mediante PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*), y los relacionados con la experiencia durante la atención, evaluados a través de PREMs (*Patient-Reported Experience Measures*).
- El análisis de costo-efectividad desde una perspectiva holística.
- La incorporación de principios éticos como justicia, equidad y autonomía (33,35).

Este modelo puede entenderse también como una ruptura epistemológica, en términos de Gaston Bachelard, frente a la lógica fragmentaria y tecnocrática del biomédico. Se busca un conocimiento más transversal, significativo y orientado al bien común. Desde entonces, el sistema de salud estadounidense y otros a nivel global han puesto su atención en los desarrollos conceptuales, estratégicos y prácticos derivados de este modelo centrado en el valor y en el paciente.

Su aplicabilidad requiere capacidades técnicas, una cultura organizacional orientada a la innovación y sistemas de información robustos, por lo que su implementación debe contextualizarse y no asumirse de manera general o automática (27,32,33-35).

La ASBV y la salud pública se alinean estratégicamente, ya que sus enfoques parten de una visión orientada a la acción con el propósito de impactar los determinantes de la salud, los resultados y la calidad de vida de las personas y comunidades. Esta sinergia se refleja en: la orientación hacia resultados significativos para el paciente, la promoción y prevención como prioridades, el uso eficiente de recursos, la sostenibilidad del sistema, la participación social activa, la articulación intersectorial y la evaluación continua (3,23,27).

De esta forma, ASBV y salud pública se integran en acciones conjuntas que amplían el enfoque más allá del tratamiento de enfermedades, hacia la creación de valor para las personas, comunidades y sociedad. El paciente, núcleo y propósito de los sistemas de salud, adquiere voz y rol activo en la toma de decisiones compartidas, lo que contribuye a mantener y mejorar su salud (3,23,27,32).

La ASBV nació en la Universidad de Harvard en el marco del pensamiento organizacional estratégico, la planeación estratégica y la gestión en salud. Su propósito es transformar la atención en salud a nivel mundial. Se centra en contener el gasto público y privado, ofrecer atención de calidad basada en evidencia clínica y médica, centrada en el paciente y orientada a mejorar los resultados en todo el ciclo de atención, desde el inicio hasta la reintegración del paciente a su vida cotidiana (27,33-35).

El modelo promueve la estandarización de resultados por condición médica y la creación de unidades de práctica clínica, lo que concentra los procesos de atención y favorece una atención más oportuna, integral y eficiente. Se apoya en redes y alianzas interinstitucionales (36). Asimismo, impulsa la expansión geográfica de las instituciones para mejorar el acceso y superar barreras que impiden atender a más poblaciones. Otro propósito es integrar y alinear a los actores y sus intereses, de modo que puedan cocrear planes e incentivos que reconozcan los resultados alcanzados y estimulen su mejoramiento (36-37).

La ASBV presenta tanto oportunidades como retos. Estudios recientes sobre su implementación evidencian ventajas como la mejora en la atención, la experiencia del paciente y los resultados en salud (36-39). También se han observado estandarización de procesos, eficiencia en la atención y, en algunos casos, mejor control del gasto. Sin embargo, se reconoce que aún es un modelo en desarrollo que requiere mayor unidad conceptual para facilitar su implementación y comparación. Hasta el momento no existen experiencias de aplicación completa, sino documentaciones parciales centradas en algunos componentes estratégicos (36-40).

Pese a ello, la ASBV se reconoce como una alternativa integradora que articula instituciones, organizaciones y actores, promueve una gestión más eficaz en todos los niveles y representa una vía de transformación estructural del sistema. Ha ganado atención en escenarios internacionales, como en Europa y Norteamérica, al ser considerada una opción viable para mejorar la eficiencia y calidad de la atención. Su aplicación, no obstante, requiere la comprensión crítica de su origen en sistemas de mercado y la evaluación contextualizada al trasladarse a otros entornos (33,40-49).

En 2018, durante el Séptimo Foro de Transformación Sanitaria realizado en España, titulado “Foro de Transformación Sanitaria 2018: La transformación hacia una sanidad basada en valor” (40), se contó con la participación de países de Europa y América. Allí se compartieron experiencias sobre la implementación de estrategias para redefinir los sistemas de salud en términos de valor, en especial en Países Bajos, y se señalaron retos como la aplicación de la agenda estratégica en diversas condiciones médicas y el seguimiento de resultados.

Sin embargo, la singularidad de cada sistema de salud depende de su contexto social, político, económico, cultural y ambiental, por lo que los resultados de su implementación (positivos o negativos) no necesariamente son generalizables, aunque sí constituyen referentes de prácticas que pueden adaptarse de forma modulada.

Finalmente, la ASBV representa un cambio de paradigma al pasar del volumen al valor. Este cambio busca recompensar los resultados relevantes para los pacientes y optimizar el uso de recursos, no la cantidad de procedimientos. Uno de sus pilares es la transparencia y rendición de cuentas, apoyada en un nuevo sistema métrico que facilita la comparación entre prestadores de servicios y la toma de decisiones informadas por gestores y pacientes.

El modelo transforma los pagos tradicionales hacia esquemas basados en resultados, calidad y riesgo ajustado, fortalece el enfoque preventivo y de salud poblacional, fomenta la innovación clínica y tecnológica, y empodera al paciente. Su implementación en sistemas nacionales de salud o de seguridad social, como en Colombia, permite avanzar hacia mayor equidad, sostenibilidad financiera y calidad, alineando los incentivos de los actores con los resultados reales en salud y el bienestar de la población (32-49).

Potencial transformador de la ASBV

Durante la reciente pandemia de COVID-19, en Estados Unidos se implementó una estrategia de atención y cuidado integral para adultos. Su enfoque fue de impacto y reorganización: consistió en diseñar y crear unidades de atención médica centradas en el paciente, así como integrar la salud mental a la atención primaria, lo que dio como resultado una transformación de la cultura del cuidado. Con ello no solo se beneficiaron los pacientes, sino también el personal de salud (50).

Diversos estudios analizan y exploran decisiones y acciones orientadas al control del gasto en salud, un factor que ha impactado de forma negativa el gasto privado en este ámbito, convirtiéndose en un tema prioritario de la agenda financiera de los sistemas sanitarios. Un ejemplo son las estrategias adelantadas en Estados Unidos para mejorar el uso y eficiencia de los recursos destinados a programas como Medicaid. En este contexto, las estrategias de atención centradas en el paciente y la creación de valor han generado expectativas en torno a la posibilidad de obtener mejores resultados en salud a partir de la inversión realizada (51).

Otros casos exitosos de implementación del modelo incluyen los resultados obtenidos por la red cardiaca de los Países Bajos (52), la estandarización de los resultados en salud para el accidente cerebrovascular y su gestión interoperable en el ámbito clínico (53). En Suecia sobresalen diversas iniciativas, como la de un hospital universitario que centró su atención en los resultados para el paciente (54,55). De igual manera, el manejo de enfermedades complejas y poco frecuentes, como el sarcoma, ha mostrado avances notables gracias a la adopción de este enfoque (56). Aunque en América Latina las experiencias que evidencian la aplicación de la ASBV son limitadas, la aceptación positiva y el interés en difundir los resultados reflejan su gran potencial (57).

Estas experiencias evidencian que el modelo ASBV no es una fórmula única, sino un marco flexible que puede adaptarse a distintos entornos institucionales, siempre que se cuente con liderazgo clínico y estratégico, capacidad organizacional y compromiso con la medición de resultados. Incluso en contextos diversos, y más allá del modelo de financiamiento del sistema, la ASBV puede tener un impacto positivo si se ajusta a la realidad local y a la voluntad política (58).

El potencial transformador del modelo ASBV radica en que redefine el propósito organizacional de las instituciones en salud, pasando de un enfoque centrado en procesos a uno orientado a los resultados relevantes para los pacientes. Desde una perspectiva organizacional, la ASBV también favorece la integración de equipos multidisciplinarios, el uso estratégico de tecnologías de la información y la creación de redes de cuidado en salud, orientadas a la resolución efectiva de problemas sanitarios.

El modelo continúa avanzando en la unificación de criterios y conceptos (59), así como en la implementación y verificación de resultados (60,61). Se le considera “prometedor” para aquellos sistemas de salud que buscan transformarse, así como para las instituciones y organizaciones responsables de la salud pública (55). Sin embargo, el desafío persiste, ya que se trata de un proceso de construcción colectiva que implica cambios de paradigma, superar estructuras hegemónicas en la atención y adoptar nuevas perspectivas de gestión, en el marco del pensamiento organizacional estratégico y la planificación estratégica (62,63).

Conclusiones

La Atención en Salud Basada en Valor ofrece una oportunidad para transformar los sistemas de salud al centrarse en el bienestar del paciente. Al adoptar este modelo, los sistemas no solo pueden mejorar sus resultados clínicos y financieros, sino también responder mejor a las necesidades cambiantes de las poblaciones.

La estrategia de la ASBV es una ruta reflexiva e instrumental diseñada para el mejoramiento del desempeño organizacional e institucional; constituye la consecuencia de una comprensión conceptual que conduce a resultados deseados, planeados o contingentes.

La ASBV ha sido asumida como propuesta de transformación en algunos sistemas de salud del mundo, particularmente en países europeos, y desde la perspectiva de la salud pública se configura como una alternativa para mejorar la atención y los resultados sanitarios.

Se propone comprender la ASBV no como una solución única ni como un paradigma absoluto, sino como un enfoque complementario que puede fortalecer la gestión institucional, siempre que se articule cuidadosamente con los principios de la salud pública.

Futuros estudios podrán explorar modelos híbridos que integren la ASBV en sistemas de salud públicos, considerando los principios de equidad, participación y justicia social que orientan la acción en salud pública.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud AM. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Organización Mundial de la Salud; 2000.
2. Franco Á. Los temas de la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2002;20(1):5-7.
3. Martínez O. Competencia en el sector salud entre juegos de "suma cero" y de "suma positiva". Acta Médica Colombiana. 2013;38(1):40-4
4. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. Jama. 2007;297(10):1103-11.5.
5. Velásquez G. Desafíos actuales y posibles escenarios futuros de la salud mundial [Internet]. Documento de investigación; 2024 [citado 9 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.econstor.eu/handle/10419/283531>
6. Bengoa R. Abordar la crisis de la sanidad pública. Gaceta Médica de Bilbao. 2024;121(1):28-9.
7. Medina-Hernández EJ. Desafíos de salud y bienestar en el mundo según indicadores ODS. Ciênc saúde coletiva. 2024;29(2):e15782022.
8. Magalhães AL, Cómo desarrollar un argumento utilizando el modelo de Toulmin. Revista H-TEC Humanidades e Tecnología, 2024, vol. 10, no 2, p. 115-125.

9. Trujillo Amaya JF, STEPHENTOULMIN Los usos de la argumentación Traducción de María Morrás y Victoria Pineda, Ed. Península Barcelona, 2007. pp. 330. Praxis Filosófica, (25), 159-168.
10. Rodríguez-Bello, LI, El modelo argumentativo de Toulmin en la escritura de artículos de investigación educativa. Revista Digital Universitaria – Universidad Autónoma de Mexico, 2004
11. Frenk J. La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública. Fondo de Cultura Económica; 2016. 181 p.
12. Hernández-Sarmiento JM, Jaramillo-Jaramillo LI, Villegas-Alzate JD, Álvarez-Hernández LF, Roldan-Tabares MD, Ruiz-Mejía C, et al. La educación en salud como una importante estrategia de promoción y prevención. Archivos de Medicina (Col). 2020;20(2):490-504.
13. Eslava A, Orozco Guayara H, Valencia Agudelo G. Los Nuevos Institucionalismos Como Riqueza Metodológica Para El Estudio De La Política (The New Institutionalism as a Methodological Wealth for the Study of Politics). 2011 [citado 14 de agosto de 2024]; Disponible en: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2348330
14. De la Rosa Alburquerque A. Teoría de la Organización y Nuevo Institucionalismo en Análisis Organizacional. Administracion y organizaciones. 2002;4(08):13-44.
15. Jepperson RL. The Cultural Construction of Organizations, States, and Identities. En: Institutions, Institutional Effects, and Institutionalism [Internet]. Cambridge University Press; 1991. p. 37-66. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/books/abs/institutional-theory/institutions-institutional-effects-and-institutionalism-1991/CC5A317E318F1E1B517AF68D5D38EBF6>
16. Bonte P, Izard M. Diccionario Akal de Etnología y Antropología. Ediciones AKAL; 2003. 762 p.
17. Uriarte Zazueta A. El cambio institucional en la administración pública en México y en Sinaloa [Internet]. Instituto Nacional de Administración Pública; 2013 p. 11. Disponible en: <https://archivos.juridicas.unam.mx/www/bjv/libros/7/3396/1.pdf>
18. Hall RH. La naturaleza y las clases de organizaciones. En: Organizaciones, estructura y proceso. Primera edición. México: Prentice-Hall; 1983. p. 28-48.
19. Llanos Lozano JR, López Lozano JA. El papel de la semiótica en las organizaciones: una aproximación al concepto de semiótica organizacional. Comunicación, Cultura y Política. 2013;2(1):94-106.
20. Arellano Gault D. Gestión estratégica para el sector público: del pensamiento estratégico al cambio organizacional. México: Fondo de cultura económica; 2004.
21. Hall RH. Organizaciones: estructuras, procesos y resultados. Prentice-Hall; 1996.
22. Vargas GM, Campo CHG, Solarte MG. Cambio institucional y organizacional: perspectivas teóricas para el análisis. Programa Editorial UNIVALLE; 2011.
23. Franco A. Tendencias y teorías en salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública. 2006;24(2):1-12.
24. RAE. Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. [citado 18 de abril de 2022]. Estrategia. Diccionario de la lengua española. Disponible en: <https://dle.rae.es/estrategia>

25. Sanabria M. El pensamiento organizacional estratégico: una perspectiva diacrónica. *Innovar, Revista de Ciencias Administrativas y Sociales*. 2004;14(24):59-81.
26. Benning, L., Das-Gupta, Z., Sousa Fialho, L. *et al.* Balancing adaptability and standardisation: insights from 27 routinely implemented ICHOM standard sets. *BMC Health Serv Res* 22, 1424 (2022). <http://doi.org/10.1186/s12913-022-08694-9>
27. Porter ME, Teisberg EO. Redefining competition in health care. *Harvard business review*. 2004;82(6):64-77.
28. Nery-Kameta SA, Celaya-Figueroa R, Prado-Gamboa CA, Nery-Kameta SA, Celaya-Figueroa R, Prado-Gamboa CA. Análisis de teorías y la nueva era de las organizaciones: adaptándose al nuevo ser humano. *Revista Universidad y Empresa*. diciembre de 2019;21(37):9-30.
29. Varela E. El Management Estratégico y el poder en las organizaciones. *Revista Universidad EAFIT*. 2002;38(126):9-30.
30. Noguera Hidalgo ÁL, Barbosa Ramírez DH, Castro Ríos GA. Estrategia organizacional: una propuesta de estudio. *Estudios Gerenciales*. 2014;30(131):153-61.
31. Simon HA. La toma de decisiones y la organización administrativa. *El comportamiento administrativo* Madrid: Aguilar. 1962;
32. Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results*. Harvard Business Press; 2006. 540 p.
33. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *Jama*. 2007;297(10):1103-11.
34. Porter ME. Value-based health care delivery. *Annals of surgery*. 2008;248(4):503-9.
35. Porter ME. Measuring health outcomes: the outcomes hierarchy. *N Engl J Med*. 2010;363:2477-81.
36. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harvard business review*. 2013;91(12):24-24.
37. Porter ME, Lee TH. Why strategy matters now. *New England Journal of Medicine*. 2015;372(18):1681-4
38. Seguel N. Salud basada en el Valor. Siempre volvemos a Porter. 2017. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/319204763_Salud_basada_en_el_Valor_Siempre_volvemos_a_Porter.
39. Valencia-Mayer C. Atención en salud basada en el valor: retos y oportunidades. *Revista Salud Bosque*. 13 de diciembre de 2019;9(2):35-46.
40. Nuño-Solinís R, Urtaran-Laresgoiti M, Urizar E. La transformación hacia una sanidad basada en valor. *Deusto Business School Health*; 2018. (VII Foro de Transformación Sanitaria).
41. Abdalla R, Pavlova M, Hussein M, Groot W. Quality measurement for cardiovascular diseases and cancer in hospital value-based healthcare: a systematic review of the literature. *BMC Health Services Research*. 2022;22(1):1-10.
42. Organización Mundial de la Salud. *Informe Sobre la Salud en el Mundo: La Financiación Dos Sistemas de Salud - El Camino Hacia la Cobertura Universal*. World Health Organization; 2010. 144 p.

43. Okunade O, Arora J, Haverhals A, Niessen L. Collaborating for Value: the Santeon Hospitals in the Netherlands. Cambridge, MA: ICHOM, 2017.
44. Van Staalduin DJ, Van den Bekerom P, Groeneveld S, Kidanemariam M, Stiggelbout AM, Van den Akker-van Marle M. The implementation of value-based healthcare: a scoping review. BMC health services research. 2022;22(1):1-8.
45. Van der Poort EKJ, Kidanemariam M, Moriates C, Rakers MM, Tsevat J, Schroijen M, et al. How to Use Costs in Value-Based Healthcare: Learning from Real-life Examples. J GEN INTERN MED. 2024;39(4):683-9.
46. Chung H, Hyatt A, Webber K, Kosmider S, Krishnasamy M. Value in care: The contribution of supportive care to value-based lung cancer services-A qualitative semistructured interview study. Health Expect. 2024 Jun;27(3):e14089. doi: 10.1111/hex.14089. PMID: 38769867; PMCID: PMC11106590
47. Catena R, Kirkegaard K, Nayak D, Tomini SM. A Novel Value-Based Procurement Agreement to Improve Outcomes for Patients Undergoing Knee Replacement. NEJM Catalyst [Internet]. 15 de mayo de 2024 [citado 26 de julio de 2024];5(6). Disponible en: <http://catalyst.nejm.org/doi/10.1056/CAT.23.0327>
48. Leao DLL, Cremers HP, van Veghel D, Pavlova M, Hafkamp FJ, Groot WN. Facilitating and Inhibiting Factors in the Design, Implementation, and Applicability of Value-Based Payment Models: A Systematic Literature Review. Med Care Res Rev. 2023;10775587231160920-10775587231160920.
49. Zanotto BS, da Silva Etges APB, Zago Marcolino MA, Polanczyk CA. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. Journal of Healthcare Management. 29 de junio de 2021;66(5):340-65.
50. Dryden EM, Bolton RE, Bokhour BG, Wu J, Dvorin K, Phillips L, et al. Leaning Into Whole Health: Sustaining System Transformation While Supporting Patients and Employees During COVID-19. Glob Adv Health Med. 2021;21649561211021050-21649561211021050.
51. Greenberg JA, Leutz WN. A basic strategy for financing long term care. Hosp Prog. 1984;46-9, 72.
52. Theunissen L, Cremers HP, Dekker L, Janssen H, Burg M, Huijbers E, Voermans P, Kemps H, van Veghel D. Implementing Value-Based Health Care Principles in the Full Cycle of Care: The Pragmatic Evolution of the Netherlands Heart Network. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2023 Apr;16(4):e009054. doi: 10.1161/CIRCOUTCOMES.122.009054. PMID: 36924224.
53. Dos Santos Leandro G, Moro CMC, Cruz-Correia RJ, Portela Santos EA. FHIR Implementation Guide for Stroke: A dual focus on the patient's clinical pathway and value-based healthcare. Int J Med Inform. 2024;190:105525.
54. Nilsson K, Bååthe F, Erichsen Andersson A, Sandoff M. Value-based healthcare as a trigger for improvement initiatives. Leadership in Health Services. 1 de enero de 2017;30(4):364-77.
55. Krohwinkel A, Mannerheim U, Rognes J, Winberg H. Value-based healthcare in theory and practice. What have we learned [Internet]. 2021 [citado 7 de abril de 2025]; Disponible en: https://leadinghealthcare.se/wordpress/wp-content/uploads/2021/08/LHC_VBHC-Policy-Brief_210629.pdf

56. Fuchs B, Heesen P; SwissSarcomaNetwork. From Data Integration to Precision Medicine: A Value-Based Healthcare Approach for Sarcoma Care. *J Clin Med.* 2024 Oct 30;13(21):6500. doi: 10.3390/jcm13216500. PMID: 39518639; PMCID: PMC11546467.
57. Makdisse M, Ramos P, Malheiro D, Katz M, Novoa L, Neto MC, et al. Value-based healthcare in Latin America: a survey of 70 healthcare provider organisations from Argentina, Brazil, Chile, Colombia and Mexico. *BMJ open.* 2022;12(6):e058198.
58. Zanotto BS, Etges APBDS, Marcolino MAZ, Polanczyk CA. Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *J Healthc Manag.* 2021 Jun 29;66(5):340-365. doi: 10.1097/JHM-D-20-00283.
59. Wolf A, Erichsen Andersson A, Wikström E, Bååthe F. Untangling the perception of value in value-based healthcare - an interview study. *Leadersh Health Serv (Bradf Engl).* 2024 Apr 16;37(5):130-141. doi: 10.1108/LHS-07-2023-0051. PMID: 38635293; PMCID: PMC11348837.
60. De Mattia E, Angioletti C, D'Agostino M, Paoletti F, de Belvis AG. Moving from Principles to Practice: A Scoping Review of Value-Based Healthcare (VBHC) Implementation Strategies. *Healthcare.* 2024;12(23):2457.
61. Gutberg J, Cook E, Rosenberg L. Implementing the pillars of value-based care: Leadership lessons from the CIUSSS Centre Ouest de l'Ile de Montreal. *Healthc Manage Forum.* mayo de 2025;38(3):206-10.
62. Khalil H, Ameen M, Davies C, Arunkumar R, Liu C. Value-based health care definition and characteristics: an evidence-based approach. *Aust Health Review [Internet].* 18 de marzo de 2025 [citado 21 de julio de 2025];49(2). Disponible en: <https://www.publish.csiro.au/ah/AH24279>
63. Khalil H, Ameen M, Davies C, Liu C. Implementing value-based healthcare: a scoping review of key elements, outcomes, and challenges for sustainable healthcare systems. *Front Public Health [Internet].* 9 de abril de 2025 [citado 21 de julio de 2025];13. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2025.1514098/full>

Notas

* Artículo de reflexión