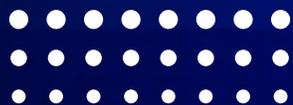




Herramienta TÉCNICA

Conceptualización del
modelo de atención
basado en **valor**



Herramienta técnica

Conceptualización del modelo de atención basado en valor



Herramienta técnica

Conceptualización del modelo de atención basado en valor

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo
Cuenta de Alto Costo (CAC)

ISBN: 978-958-56579-8-4

Bogotá, D. C., Colombia, noviembre de 2024

© Todos los derechos reservados

Citación sugerida: Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Cuenta de Alto Costo (CAC).
Herramienta técnica: conceptualización del modelo de atención basado en valor;
Bogotá, D. C. 2024.

Se prohíbe la reproducción total o parcial de este libro sin la autorización escrita de la Cuenta de Alto Costo

Junta directiva

Presidente

Jorge Alberto Tamayo Saldarriaga
Salud Total EPS

Beda Margarita Suárez Aguilar
Anas Wayuu EPS Indígena

Julián Guillermo Guerra Camargo
Comfenalco Valle EPS

Jorge Iván Domínguez Londoño
Coosalud EPS

Almanury Pérez Contreras
ComfaOriente

Justo Jesús Paz Wilches
Mutual Ser EPS-S

Julio Alberto Rincón Ramírez
Nueva EPS

Cuenta de Alto Costo

Lizbeth Acuña Merchán
Directora Ejecutiva

Subdirectores técnicos y equipos de trabajo de la Cuenta de Alto Costo:

María Teresa Daza Fonseca
Subdirectora de Gestión de la Información

Ana María Valbuena García
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

Luis Alberto Soler Vanoy
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

Miguel Ángel García Gómez
Subdirector de Tecnología e Innovación

Sandra Liliana Sabogal Rincón
Coordinadora de Auditoría

Luis Alejandro Moreno Ramírez
Coordinador de Gestión del Conocimiento

Rubén Alfonso Rivera Rivera
Coordinador de Gestión de la Tecnología y Gestión de la Información

Orlando Andrés Fajardo Tejada
Coordinador de Innovación, Investigación y Desarrollo

Grupo desarrollador

[Dra. Lizbeth Acuña Merchán](#)
Directora Ejecutiva

[Dra. Ana María Valbuena García](#)
Subdirectora de Gestión del Conocimiento e Investigación

[Dr. Luis Alberto Soler Vanoy](#)
Subdirector de Gestión del Riesgo y Apropiación

[Dr. Luis Alejandro Moreno Ramírez](#)
Coordinador de Gestión del Conocimiento

[Dra. Lina Johana Herrera Parra](#)
Líder de Investigación

[Jefe Martha Lucía Salas Antolines](#)
Coordinadora de Gestión del Riesgo

[Cristian Alejandro González Rojas](#)
Profesional de Gestión del Riesgo

Comité editorial

[Lizbeth Acuña Merchán](#)
Presidenta

[Ana María Valbuena García](#)
Secretaria

[María Teresa Daza Fonseca](#)
Vocal

[Luis Alberto Soler Vanoy](#)
Vocal

[Miguel Ángel García Gómez](#)
Vocal

[Liliana Barbosa Vaca](#)
Vocal

[Luisa Giraldo Marín](#)
Vocal

Revisión y corrección de estilo

[Alejandro Niño Bogoya](#)
Jefe de comunicaciones
Unidad de Comunicación y Difusión

Diseño y diagramación

[Angie Tatiana Silva Salamanca](#)
Diseñadora editorial
Unidad de Comunicación y Difusión

Expertos temáticos

Dra. Lilliana Andrea Rendón Restrepo

Coordinación Nacional Modelos de Atención EPS Sura

Dr. Carlos Miguel Arbeláez Duque

Líder experto en Modelos de Atención de la Salud de SIES Salud IPS

Dr. Carlos Alfonso Kerguelén Botero

Subdirector de Métricas de Desempeño Clínico de la Fundación Santa Fe

Dr. Roberto Baquero Nieto

Gerente de Acceso y Modelos de Valor de Annar Health Technologies

Dr. Walberto Buelvas

Director de Gestión Clínica e Innovación de Medisinú IPS

Revisor

Dr. Ramón Abel Castaño Yepes

Médico, Master en Gestión y Política en Salud, PhD en Política y Salud Pública, Consultor en Sistemas de Salud

Agradecimiento especial a las Asociaciones de Pacientes que participaron en la mesa de trabajo técnica: "Del dato al resultado el camino hacia la atención basada en valor".

Aviso de Copyright © y Propiedad Industrial de la Cuenta de Alto Costo.

Todos los derechos reservados.

La titularidad de los derechos patrimoniales de autor del presente documento en su integridad y sus distintos acápites, pertenece a la CUENTA DE ALTO COSTO (CAC), así como la vigilancia de los derechos morales en cabeza de las personas naturales que son autores o coautores, por tanto la información allí contenida está protegida en el marco de la Decisión 351 de la Comunidad Andina de Naciones, la Ley 23 de 1982, el Decreto 1360 de 1989, la Ley 44 de 1993, la Ley 1403 de 2010, 1519 de 2012, la Ley 1834 de 2017 y la Ley 1915 de 2018. La CAC permite que se realicen citas referenciales del contenido de las obras académicas, literarias y/o científicas sin solicitud de autorización previa, con la condición de que el usuario respete la integridad de la obra e incluya una nota siguiendo las normas APA, en donde informe la titularidad de la CAC con identificación del recurso o medio impreso y/o digital de donde fue extraída la referencia. Cualquier ausencia de citación y reconocimiento y titularidad de la CAC en los anteriores términos, puede llegar a considerarse como un asunto de defraudación de Derechos de Autor, susceptible de denuncia penal, por las conductas típicas descritas en los Artículos 270 y 271 de la Ley 599 de 2000 - Código Penal de la República de Colombia.

Cualquier información adicional relacionada con el contenido y alcance de la presente nota de Propiedad Intelectual, puede ser solicitada al correo electrónico:

direccion@cuentadealtocosto.org

o a la dirección física de correspondencia de la CAC:

Carrera 45 N° 103 - 34. Oficina 802. Bogotá, D. C., Colombia.

Tabla de control de cambios

Título de la publicación	Versión	Fecha de publicación	Cambios respecto a la versión anterior
Herramienta técnica: Conceptualización del modelo de atención basado en valor	1.0	26 de noviembre de 2024.	

Tabla de contenido

Aviso de Copyright	7
1. Objeto	7
2. Alcance	7
3. Aviso de Copyright de la Cuenta de Alto Costo.....	7
4. Inclusión de Aviso de Copyright en los productos CAC.....	8
Aviso de Copyright © y Propiedad Industrial Cuenta de Alto Costo	8
Abreviaturas.....	11
Glosario	12
Introducción.....	14
Objetivos	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Alcance	15
Metodología	17
Tipo y diseño de la investigación	17
Conformación del grupo de trabajo:.....	17
Fase de desarrollo de la pregunta de investigación	17
Preguntas orientadoras de la búsqueda.....	17
Criterios de elegibilidad	17
Criterios de inclusión.....	17
Criterios de exclusión	18
Selección de artículos	18
Técnicas para la recolección de la información	18
Estrategia de búsqueda.....	19
Reuniones de trabajo con el grupo de expertos:	20
Contexto.....	21
Definición del modelo de atención basada en valor	21
Otras dimensiones del concepto de valor.....	23
Beneficios del modelo de ABV	23
Agenda de implementación del modelo de atención basado en valor	24
1. Organizarse en Unidades de Práctica Integrada (UPI).....	25
2. Medir los resultados y los costos en salud para cada persona	26
3. Cambio a pagos combinados para ciclos de atención.....	31

4. Integrar los sistemas de prestación de atención	31
5. Ampliar el alcance geográfico de los servicios.....	32
1. Titularidad del cuidado	32
2. Concentración de la atención en un número limitado de sitios.....	32
3. Asignar la atención al sitio de mayor valor	33
4. Personalización de la atención.....	33
6. Establecer un enfoque sistemático para la mejora de la calidad basada en valor	33
7. Integrar el valor en la comunicación con el paciente	33
8. Invertir en una cultura de entrega de valor (educación).....	33
9. Construir plataformas de aprendizaje para los profesionales de la salud.....	34
10. Construir una plataforma adecuada de tecnología de la información	34
Conceptos adicionales de valor	34
Recomendaciones para todos los actores	35
Experiencias en el mundo	36
El rol de la persona en el modelo de ABV	36
Programa <i>What Matters to You</i>	38
ABV y el modelo centrado en las personas con enfermedades crónicas.....	40
Discusión y conclusiones	41
Retos del modelo de atención basado en valor	43
Anexos	44
Referencias bibliográficas.....	58

Abreviaturas

ABV:	Atención basada en valor.
CAC:	Cuenta de Alto Costo.
CVRS:	Calidad de vida relacionada con la salud.
EAPB:	Entidades Administradoras del Plan de Beneficios.
GPC:	Guía de práctica clínica.
ICHOM:	Consortio Internacional para la Medición de Resultados de Salud (<i>International Consortium for Health Outcomes Measurement</i>).
IECS:	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria de Argentina.
IETS:	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud.
ONU:	Organización de Naciones Unidas.
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
PROM:	Medidas de resultados informados por el paciente.
PREM:	Medidas de experiencia informadas por el paciente.
RIPS:	Registros individuales de prestación de servicios de salud.
SGSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud.
SISMED:	Sistema de información de precios de medicamentos.
SOGCS:	Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud.
SUA:	Sistema Único de Acreditación.
SUH:	Sistema Único de Habilitación.
TDABC:	Costeo basado en actividades determinadas por el tiempo.

Glosario

Atención médica basada en el valor (ABV) - Value based healthcare (VBHC) - Cuidados de salud basados en el valor:	Es un modelo de atención en salud que involucra las preferencias de las personas en todos los procesos en busca de la maximización de los resultados por parte de todos los actores del sistema.
Atención centrada en la persona:	Es un enfoque integral que sitúa a los pacientes y sus familias en el centro del proceso de atención médica, reconociéndolos como participantes activos y valiosos en su propio cuidado. Es un enfoque humanista que transforma la atención médica, poniendo el bienestar de la persona en el centro del sistema de salud. Este modelo no solo mejora la experiencia, sino que también fomenta una relación más colaborativa y satisfactoria con los proveedores de salud (80).
Benchmarking (comparación estandarizada de desempeño con criterios externos):	Se trata de comparar el desempeño en términos de resultados en salud con otras organizaciones. Crear un punto de referencia que permita la comparación de los procesos, los productos y los resultados obtenidos. Es un proceso continuo que incluye conocer las diferentes estrategias de las organizaciones que obtienen mejores resultados en un aspecto específico, con el fin de generar nuevas ideas y mejorar los procesos en la atención.
Costo basado en actividades impulsadas por el tiempo (Time Driven activity based costing - TDABC):	Es un sistema de medición retrospectiva que distribuye los costos según las actividades o los procesos realizados, asignándolos posteriormente a productos o resultados. Este sistema asigna los recursos directamente a los objetos de costos mediante un coeficiente de capacidad, que se obtiene dividiendo el costo de los recursos por su capacidad práctica, es decir, el tiempo que están disponibles en la organización. Emplea el tiempo como factor para asignar los costos, permitiendo actualizar fácilmente su cálculo cada vez que se realizan cambios en los métodos o procedimientos de trabajo.
Gestión del riesgo:	Es el proceso de identificación de los factores que afectan la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado en una población, el análisis de las consecuencias derivadas del impacto de las amenazas, la delimitación de la incertidumbre relativa a la ocurrencia del evento crítico que se desea evitar, y los mecanismos para reducir la amenaza y afrontar el evento crítico si llega a ocurrir (81,82).
Gestión del riesgo en salud:	Es la estrategia para afrontar la incertidumbre sobre la situación en salud de una población, buscando reducir o mantener la ocurrencia de las enfermedades en niveles aceptables, a través de medidas preventivas y mitigadoras (81,82).

Glosario

Informe de resultados para el paciente (PRO):	Un PRO es cualquier informe del estado de salud que proviene directamente del paciente o, en algunos casos, de un cuidador o respondedor sustituto, sin interpretación por parte de un médico ni de ninguna otra persona (45).
Medida de resultados para el paciente (Patient Reported Outcomes Measures - PROMS):	El término PROM hace referencia a una herramienta, escala o medida individual utilizada para evaluar la experiencia de la persona con respecto a un aspecto específico de su salud, obtenida directamente de la opinión o percepción del paciente al proporcionarla por sí mismo (45).
Medida de experiencia reportada por el paciente (Patient Reported Experience Measures - PREMS) (Referenciado en algunos artículos como: Medidas de importancia reportada por el paciente - PRIM (83)):	Es una medida estándar que busca captar la experiencia de los pacientes durante su atención, abarcando tanto el uso de un único servicio (en un hospital) como a lo largo de todo el proceso de atención.
Pago combinado (Bundled payment) - Pago por resultados:	Pagos agregados o empaquetados donde el proveedor se financia por la atención global a un determinado proceso o condición médica de forma global o, para el caso de las condiciones crónicas, de todo un año de atención (84).
Sistema de información de medición de resultados informados por el paciente (PROMIS):	Es un sistema público del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, de medidas del estado de salud informado por el paciente sobre su bienestar físico, mental y social. Este recurso basado en la web se puede utilizar para medir los síntomas de salud y los dominios de la calidad de vida relacionados con la salud, como el dolor, la fatiga, la depresión y la función física, que son relevantes para una variedad de enfermedades crónicas (85).
Unidades de práctica integradas (Integrated practice units):	Son conjuntos de prestadores de salud que brindan todas las atenciones que puede necesitar la persona, integrando la educación, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la rehabilitación. Esta unidad puede constar de diferentes prestadores de servicios de salud, de tal manera que se complementen para lograr el objetivo de cubrir todas las necesidades en salud de la persona.

Conceptualización del modelo de atención basado en valor

Introducción

La Organización de Naciones Unidas (ONU) aprobó la agenda 2030 con 17 objetivos, cuyo fin es lograr un futuro mejor y sostenible para todos. Esta iniciativa aborda algunos desafíos globales en áreas primordiales como la alimentación, la educación, la paz y la salud, entre otros. Entre ellos, se resaltan dos objetivos: garantizar una vida sana y promover el bienestar; y en segundo lugar, generar las medidas que promuevan la igualdad. Esto reafirma el compromiso global con la cobertura sanitaria universal, desde la promoción de la salud hasta la curación (1-3). Estos ambiciosos objetivos, junto con las demandas cambiantes en salud, plantean un estándar elevado para las atenciones sanitarias (4).

Según el reporte de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) sobre el panorama mundial de la salud para el 2019, los niveles de obesidad y de diabetes mellitus continúan en aumento, afectando la mortalidad prevenible de las enfermedades crónicas. Se podrían haber evitado cerca de 3 millones de muertes prematuras con acciones de prevención. Las barreras de acceso a los servicios de salud persisten, sobre todo en los países que tienen menos recursos; los tiempos de espera y las dificultades de transporte dificultan el acceso. Con respecto a los costos, se resalta que el gasto en salud es alto y está en aumento constante, sobrepasando el crecimiento económico y amenazando la sostenibilidad de los sistemas de salud. Esto, sumado a los resultados previamente mencionados, plantea la necesidad de mejorar los desenlaces y la eficiencia de las intervenciones. Adicionalmente, se recalca que la evaluación del funcionamiento del sistema debe incluir los resultados en salud y la experiencia de las personas (5).

En el 2006, Michael Porter y Elizabeth Teisberg, profesores de administración de la Escuela de Negocios de Harvard y de la Universidad de Virginia, adaptaron principios del mundo empresarial al funcionamiento del sistema de prestaciones de servicios de salud. En el contexto del modelo de atención estadounidense, el cual tiene el mayor gasto en salud medido por el porcentaje del producto interno bruto (PIB) y por el gasto per cápita al año, plantean que, a pesar del aumento de los costos de la atención médica, el servicio obtenido no ha mejorado. Esto se evidencia en la notable falta de satisfacción de las personas, los desafíos en la accesibilidad a los servicios, la considerable cantidad de errores médicos registrados, la falta de avance en la esperanza de vida, las variaciones en la práctica médica, evidenciando la falta de estandarización de los servicios, entre otros problemas.

Los prestadores de salud han estado incentivados, en sus tipos de contratación (específicamente pago por evento, o cualquier reembolso de costos sin ajustes), a aumentar el volumen de atención de pacientes, obtener mayor realización de procedimientos e intervenciones, pero sin generar una ganancia real a las personas o sin enfocarse a una mejor atención (6 - 9). Esta teoría, derivada del concepto de competencia en economía, sostiene que, cada hospital busca aumentar la cantidad de servicios para aumentar sus ganancias, suponiendo que todos los proveedores son equivalentes y generan los mismos resultados en las personas con las mismas preferencias.

Los autores proponen transformar la atención basada en volumen en atención basada en valor (ABV), considerando la perspectiva, la satisfacción y las preferencias de las personas junto con los costos. Esto requiere una competencia adecuada y las condiciones propicias, como información precisa, incentivos adecuados y una mentalidad correcta (10 - 15).

Esta definición se ha popularizado en diversos sistemas de salud en el mundo, siendo cada vez más utilizada por todos los actores. Sin embargo, se han creado numerosos conceptos alrededor del término y a menudo se



confunde con otras modalidades de atención o mediciones en salud. Conceptos como reducción o contención de costos, calidad de la atención, satisfacción de la persona, entre otros, han sido mezclados con el modelo de ABV, dificultando la creación de un concepto único y estandarizado que permita a todos dirigirse hacia el mismo objetivo (16).

En este documento se presenta el resultado de una revisión sistemática de la literatura, dirigida y analizada por un panel de expertos respecto al modelo de ABV. Se pretende resumir y estandarizar los principales conceptos, en la búsqueda de facilitar el abordaje del modelo desde cualquier actor del sistema de salud y la medición de los resultados, incluyendo la perspectiva de la persona, para finalmente mejorar la toma de decisiones en salud.

Objetivos

Objetivo general

- Crear un marco conceptual estandarizado y actualizado sobre el modelo de atención basada en valor.

Objetivos específicos

- Sintetizar los diferentes conceptos descritos en la literatura con respecto al modelo de ABV.
- Describir los atributos y elementos básicos del modelo de ABV que permitan diferenciarlo de otros conceptos.
- Entregar los lineamientos generales para un entendimiento y adecuación del modelo de ABV entre los diferentes actores del sistema general de seguridad social en Colombia.

Alcance

Este documento es un ejercicio de revisión de la literatura disponible con respecto al modelo de ABV, los conceptos relacionados y los abordajes descritos desde las distintas disciplinas.

- Es un proceso participativo, amplio y libre.
- Las definiciones y los conceptos generados no deben limitar a las entidades a que en sus programas implementen estrategias adicionales a las descritas en este documento.
- Esta revisión no pretende cambiar, modificar, reemplazar o eliminar las guías de práctica clínica, los protocolos, ni la escogencia de los tratamientos o los procedimientos por parte de los profesionales.
- No se pretende revisar, ni concluir acerca de los modelos y mecanismos de pago, la utilización de insumos o la definición de acuerdos tarifarios. No se busca evaluar el modelo de prestación y aseguramiento actual, ni emitir juicios frente a las condiciones actuales de la atención en salud.
- Esta publicación no busca evaluar el modelo de prestación y aseguramiento vigente, ni emitir juicios frente a las condiciones actuales de la atención en salud.
- La implementación de un modelo de ABV se hace de manera voluntaria en el país. No está supeditado a los procesos de habilitación o de acreditación.



“ En este documento se presenta **el resultado de una revisión sistemática de la literatura**, dirigida y analizada por un panel de expertos **respecto al modelo de ABV.** ”



Metodología

Tipo y diseño de la investigación

La metodología se fundamenta en la combinación de la mejor evidencia científica a través de una revisión sistemática de la literatura y el juicio colectivo de un panel de expertos, fusionando la técnica Delphi con la de grupos nominales.

Conformación del grupo de trabajo:

Para la construcción del presente documento, se definió la conformación de un equipo multidisciplinario compuesto por:

- Un líder de proyecto de la Cuenta de Alto Costo (CAC).
- Tres expertos metodológicos de la Cuenta de Alto Costo.
- 5 expertos temáticos pertenecientes a alguna de las siguientes organizaciones: Annar Health Technologies, Medisinú IPS, Fundación Santa Fe, SIES Salud, Sura EPS.

Fase de desarrollo de la pregunta de investigación

Esta fase tiene el objetivo de identificar cómo se comprende el concepto de atención ABV desde diversas perspectivas, mediante una revisión sistemática de la literatura. Se definió mediante la estrategia BeHEMOTH (17), la pregunta orientadora en la búsqueda (**tabla 1**).

Tabla 1. Pregunta de la revisión sistemática en estructura BeHEMOTH

Estrategia	Criterio
Ser - Comportamiento de interés	Modelo de atención basado en valor/definición, concepto, forma en que la población o el paciente interactúa con el modelo, mediciones, experiencias.
H - Contexto de salud	Investigación en salud, formulación de políticas, modelo de atención en salud, seguro de salud, evaluación de tecnologías, calidad de vida, resultados en salud.
E - Exclusiones	Excluir modelos no teóricos.
MoTh - Modelos o teorías	modelo* o teoría* o concepto* o marco*

Preguntas orientadoras de la búsqueda

1. ¿Qué es ABV?
2. ¿Cuáles son los conceptos y elementos principales del modelo de ABV?

Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

- Documentos que incluyan una definición o concepto sobre el modelo de ABV.
- Documentos que presenten recomendaciones clave sobre la definición o implementación del modelo de ABV.
- Documentos que hacen referencia al pago por resultados.
- **Documentos técnicos:** elaborados por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de referencia en modelo de ABV.

- **Estudios integrativos:** revisiones sistemáticas de la literatura con o sin meta-análisis, revisiones narrativas de la literatura.
- **Estudios primarios:** ensayos clínicos, estudios de cohortes, casos y controles, o de corte transversal.
- Guías de práctica clínica que incluyan contenido relacionado con el modelo de ABV.
- Protocolos de manejo que incluyan algún contenido con respecto al modelo de ABV.
- Literatura gris (Google académico).
- Escritos en inglés o español.
- Publicados durante los últimos quince años (2009 - 2024).

Criterios de exclusión

- Idioma diferente al inglés o al español.
- Documentos no disponibles en texto completo o que no se puedan recuperar.
- Documentos publicados antes del 2009.
- **Otros diseños diferentes a los definidos en los criterios de inclusión:** estudios de reporte de caso, series de casos, editoriales o presentaciones de congresos, cartas al editor.

Selección de artículos

Una vez realizada la búsqueda de acuerdo con las combinaciones establecidas y los criterios de inclusión y exclusión, se documentó la cantidad de resultados generados y se descargó el archivo con el listado de trabajos con los títulos o resumen y los datos de identificación (autores, revista, año, etc.); con el fin de tener la trazabilidad y soporte de la búsqueda.

Posteriormente, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión a cada uno de los artículos resultantes de la búsqueda anterior. Para ello se realizó una lectura de los títulos y de los resúmenes de cada artículo, con el fin de determinar cuáles se incluirían en la siguiente fase.

Técnicas para la recolección de la información

Se diseñó un protocolo siguiendo las recomendaciones de la colaboración Cochrane para revisiones sistemáticas (18) y la actualización de la guía PRISMA 2020 (19).

Las estrategias de búsqueda se realizaron en las bases de datos electrónicas Pubmed, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Epistemonikos, Embase - MEDLINE, Scopus, OVID, LILACS - Biblioteca virtual en salud, *Web of science*, *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)*, *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)* e *International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM)*. De forma paralela, se desarrolló una búsqueda manual mediante la técnica de bola de nieve de los artículos relacionados según el título y el resumen. Se tomaron como palabras clave las listadas en la **tabla 2** para realizar las búsquedas de la literatura y así formular la estrategia de búsqueda.

Tabla 2. Términos búsqueda DeCS y MeSH utilizados

Términos DeCS	Términos MESH	Otros términos
"valor"	"Quality of life assessment"	
"basado en valor"	"Quality of life index"	
"evaluación de tecnología sanitaria"	"Quality of life scale"	



Tabla 2. Términos búsqueda DeCS y MeSH utilizados (continuación)

Términos DeCS	Términos MESH	Otros términos
"Atención Médica Basada en Valor"	"Value-based purchasing"	
"Compra Basada en Valor"	"Value based care"	
"Seguro de Salud Basado en Valor"	"Value health care"	
"Calidad de Vida"	"Value-based health care"	
	"Value-based health insurance"	
	"VBHC"	
	"value-based"	
	"Health insurance"	
	"Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire"	
	"Quality of life questionnaire"	
	"health technology assessment"	
		"Bundled payments for care cycles"
		"Integrated care delivery"
		"Integrated information technology platform"
		"Integrated Practice Units"
		"Outcomes Measurement"
		"Patient Reported Measures"
		"Patient Reported Outcomes Measures"
		"Patient-Reported Experience Measures"
		"Reimbursement models"
		"Time-driven activity-based costing for costing"
		"value driven"
		"Value Measurement"
		"Value-Based Health Care Delivery"
		"value-based insurance design"
		"Value-based pricing"
		"Value Measures"
		"Patient Reported Outcomes"
		"Value in primary care"
		"Value-Based Health Care Organizations"

Estrategia de búsqueda

En la realización de la estrategia de búsqueda se emplearon las combinaciones de las palabras claves definidas y se aplicaron los filtros correspondientes a los criterios de inclusión y exclusión. Las estrategias de búsqueda se detallan en el **anexo 1**.

Los resultados de las búsquedas fueron ingresados en la herramienta Rayyan para su posterior revisión y selección. Se eliminaron los duplicados y se realizó una tamización de acuerdo con el título y el resumen, teniendo en cuenta el contenido de las preguntas orientadoras. Se obtuvieron los textos completos de los artículos considerados de posible interés o relevancia y se revisó su contenido para confirmar su participación en la síntesis de evidencia de acuerdo con los criterios de inclusión/exclusión y asignarlo a una determinada pregunta (**anexo 2**).

Adicionalmente, se buscó literatura gris utilizando Google Académico. Las bitácoras de búsqueda se detallan en el **anexo 1**, y muestran la estrategia de búsqueda, el número de artículos encontrados y los filtros utilizados en función de las bases de datos. Los resultados de las búsquedas de las GPC se presentan en la **tabla 3**.

Tabla 3. Resultado de búsqueda de literatura gris

Sitio web	Número de documentos referentes al modelo ABV
Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) - Argentina	2
<i>Antares Consulting</i>	1
<i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i>	1
<i>European Commission</i>	1
Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - Colombia	1
Revista Unisanitas	1
<i>The Committee on Environment, Public Health and Food Safety (ENVI) of the European Parliament</i>	1
<i>Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)</i>	0
<i>Australian Clinical Practice Guideline</i>	0
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud - Ministerio de Sanidad - Gobierno de España	0
Biblioteca virtual de referencia científica internacional de los cuestionarios PRO en español (BiblioPRO- https://www.bibliopro.org/)	0
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC)	0
Ministerio de Salud - Gobierno de Chile	0
<i>National Institute for Health and Care Excellence (NICE)</i>	0
Organización Mundial de la Salud (OMS)	0
<i>Quality of life instruments database (PROQOLID - https://www.qolid.org/)</i>	0
Repositorio Institucional Digital (RID) Ministerio de Salud y Protección Social - Gobierno de Colombia	0
<i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SING)</i>	0

Fuente: Cuenta de Alto Costo. Elaboración propia.

Posteriormente, se realizó la extracción de los datos en un formulario estandarizado, se registraron los detalles de la metodología, los resultados y las intervenciones. Mediante este formulario se estandarizaron los datos presentados en cada artículo, para facilitar la evaluación de la calidad de la evidencia. Las guías de práctica revisadas fueron evaluadas mediante la metodología AGREE II, las revisiones nativas con la escala SANRA, los estudios de corte transversal y los consensos de expertos con un lista de chequeo JBI mientras que los estudios de casos, controles y cohorte transversal con escala NOS. En los **anexos 3, 4 y 5**, se detallan los artículos incluidos, excluidos, y los tipos de estudio de cada artículo incluido.

Para la elaboración de las recomendaciones en las que hubo evidencia disponible de ensayos clínicos controlados o revisiones sistemáticas, las recomendaciones se basaron en estos y en los casos en los que faltó evidencia de estudios, las recomendaciones se basaron en la mejor evidencia disponible o en la opinión de expertos en ABV.

Reuniones de trabajo con el grupo de expertos:

Se realizaron dos reuniones presenciales con el grupo de expertos en las cuales se presentaron los resultados de la búsqueda, la extracción de los datos y su calidad. Con la evidencia disponible se estructuraron los conceptos junto con el grupo de expertos quienes tuvieron en cuenta la aplicabilidad y adaptación al contexto colombiano, de acuerdo con el alcance de este documento.



Contexto

En Colombia, desde la Resolución 429 de 2016 se estableció el modelo integral de atención en salud (MIAS) en el marco estratégico de la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) (20), con el fin de mejorar las condiciones de la salud de la población. El MIAS tiene como objetivo garantizar una atención en salud con equidad, oportunidad y continuidad de acceso, integralidad y calidad. En 2019 se modificó el modelo a MAITE con la Resolución 2626 de 2019 (21), que amplía el enfoque territorial y comunitario de las estrategias de la Política Integral de Atención en Salud. Aunque se han observado avances en la accesibilidad y en la cobertura del sistema de salud, también se han identificado algunos obstáculos para la implementación de una atención integral, como la fragmentación en la prestación de los servicios, la distribución desigual de los proveedores de servicios de salud que afecta el acceso equitativo, casos evidenciados de corrupción en los diferentes actores y los sobrecostos que amenazan la sostenibilidad del sistema (22 - 24).

Desde el Plan Decenal de Salud Pública 2022 - 2031 y en los diferentes análisis generados a partir de la información reportada la Cuenta de Alto Costo, se han descrito las brechas en los resultados que se observan entre las diferentes regiones del país, en los regímenes del aseguramiento, en las zonas con limitaciones en el acceso por sus características de tipo geográfico, sumado a la identificación tardía de las enfermedades. Además, el actual fenómeno de envejecimiento, sustentado por la disminución en los índices de población infantil y juvenil y el aumento en la expectativa de vida, conlleva a un aumento en la demanda de las atenciones en salud debido a las enfermedades crónicas no transmisibles. El incremento constante de los costos de las tecnologías, la asimetría de la información entre los actores del sistema, entre otras dificultades, permiten concluir que el modelo de atención actual tiene unas carencias y unos riesgos importantes, que pueden ser abordados de manera diferencial con la implementación parcial o total de un modelo de ABV (25,26).

Definición del modelo de atención basada en valor

Porter y Teisberg definieron valor como "los resultados de salud logrados por cada dólar gastado". En otras palabras, se trata de concentrarse en la obtención de resultados en las personas manteniendo al mismo tiempo una relación óptima con los recursos. Los resultados deben ser medidos con claridad y necesitan integrar las preferencias de las personas, de tal manera que se ajusten a las expectativas de la sociedad (6). El enfoque de las prestaciones debe dirigir a los resultados, independiente del volumen de las atenciones.

Nilsson, del *Swedish University Hospital*, definió el modelo como un enfoque basado en tres principios: primero, generar el máximo valor posible para el paciente; segundo, estructurar la atención médica en función de las condiciones médicas de las personas y los ciclos completos de tratamiento; y tercero, medir tanto los resultados como los costos médicos. Se resalta que "el valor consiste en lo que más importa a los pacientes". Por su parte, Heijsters y colaboradores, en el *Amsterdam University Medical Center*, mencionaron que es imprescindible en el modelo "mejorar los resultados en la práctica diaria que son importantes para los pacientes y al mismo tiempo optimizar la utilización de los recursos" (27).

El Comité del Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés), sobre la calidad de la atención sanitaria en Estados Unidos en 2001, incluyó el concepto de la atención centrada en el paciente como: "proporcionar la atención que respete y responda a las preferencias, necesidades y valores individuales, y garantizar que los valores de la persona guíen todas las decisiones clínicas" (28). La Academia Nacional de Medicina en este mismo país ha creado un enfoque que define la atención médica de alto valor como segura, oportuna, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en el paciente (STEEEP, por sus siglas en inglés). Estos seis ámbitos han servido para facilitar a los actores la comprensión y la relevancia de la calidad de la atención sanitaria (29).

En el 2008, el Instituto para la Mejora de la Atención Médica (IHI) considerando estas mismas seis necesidades, desarrolló el concepto conocido globalmente como "la triple meta". Este concepto enfatiza la necesidad social de mejorar la atención de salud enfocándose simultáneamente en tres objetivos principales: 1) mejorar la

experiencia individual con la atención; 2) mejorar la salud de la población; y 3) reducir el costo per cápita (16). En 2014, se añadió un cuarto objetivo para abordar el agotamiento de los proveedores de atención médica, enfocándose en el bienestar y la seguridad de los trabajadores. Finalmente, en 2021 se avanzó a la quintuple meta, incluyendo el promover la equidad en la atención sanitaria (30) (figura 1).

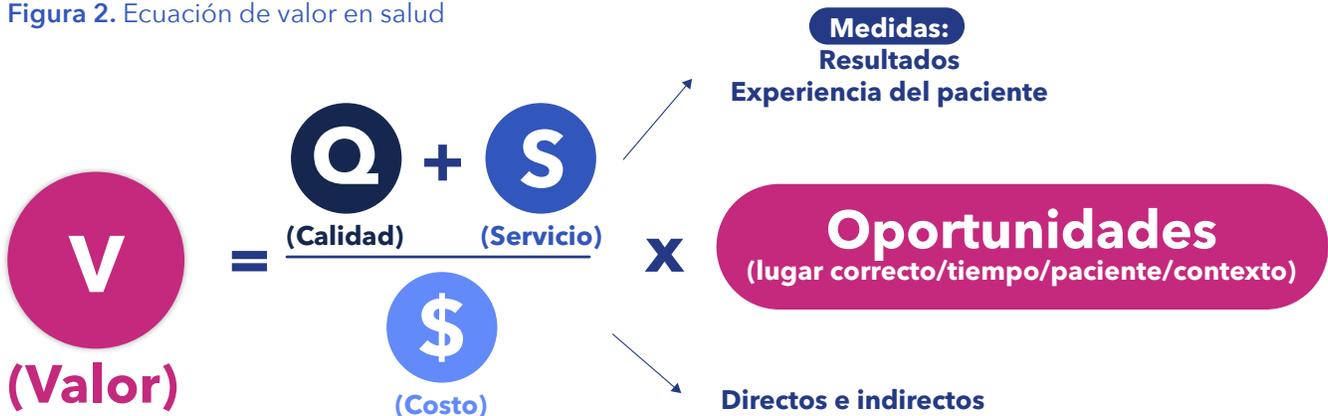
Figura 1. La quintuple meta para mejorar la atención sanitaria



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC). Adaptación propia.

Se planteó una ecuación para ayudar a entender los componentes del valor en salud. Se define como la relación entre los resultados que le importan a la persona sobre los costos o recursos utilizados. La Universidad de *Utah Health* adaptó la ecuación, incluyendo el servicio (figura 2). En el componente de los resultados, incluye la calidad de los servicios, la experiencia de la persona, y las medidas objetivas de los resultados en salud que permitan valorar la eficiencia del servicio, y un elemento de pertinencia de estos mismos. El conjunto de los resultados se divide en el costo generado, de tal manera que, si una atención genera mayores resultados en salud al mismo costo, entonces aportará mayor valor a la salud de la persona. A su vez, si dos atenciones brindan el mismo resultado, aportará mayor valor a la persona la que se consiga a un costo menor (29).

Figura 2. Ecuación de valor en salud



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), adaptación propia.



Otras dimensiones del concepto de valor

Establecer los desenlaces o resultados en salud es una parte esencial para determinar el valor. Diversas dimensiones han sido planteadas desde otras ciencias como la psicología, la sociología y la economía para entender el concepto de valor. A continuación, se describen las principales dimensiones que aportan en su concepción.

En primer lugar, se ha descrito el valor funcional, definido como: "la utilidad percibida adquirida a partir de la capacidad de una alternativa para un desempeño funcional, utilitario o físico" (31), es decir, se trata de los beneficios que ofrece el producto para la persona, como eficacia, comodidad y fiabilidad. Aplicado a la salud, implica determinar cómo mejorar la funcionalidad de la persona en la realización de actividades de la vida diaria, en su bienestar mental, en el manejo de dolor, entre otros aspectos. En esta dimensión se tiene en cuenta la durabilidad de los resultados, esencial en el manejo de la enfermedad, ya que se espera que algunas intervenciones realmente prolonguen la supervivencia y el bienestar a lo largo del tiempo (32). Esta dimensión se relaciona con el valor económico que se refiere a cómo aporta el producto en términos de los recursos, el tiempo y el dinero. Evalúa si permite que la persona mejore sus capacidades productivas, si aumenta la eficiencia de un proceso o si reduce los costos al compararlo con otra opción. Este abordaje ya está incluido en la ecuación planteada por Porter.

Otra dimensión fundamental es el valor emocional, refiriéndose al cómo hace sentir a la persona el hecho de acceder a un producto. Comprende los beneficios psicológicos en términos del bienestar mental personal o de reconocimiento social (32). Se ha definido como "la utilidad percibida adquirida a partir de la capacidad de una alternativa para despertar sentimientos o estados afectivos" (31). Asociado a la salud, se trata de entender cómo se siente la persona al momento de acceder a una atención en salud o a una tecnología específica, abarca la satisfacción de la persona y el trato humanizado en todo el proceso de atención.

El valor social se ha definido como "la utilidad percibida adquirida a partir de la asociación de una alternativa con uno o más grupos sociales específicos" o como "la utilidad derivada de la imagen relevante que otros desarrollan de un individuo por el uso o posesión de un producto" (31). En términos de salud, está relacionado con el bienestar generado para la persona, pero sobre todo para la sociedad. Un claro ejemplo son las vacunas, dado su elevada eficacia en combatir aquellas infecciones que se transmiten en la sociedad fácilmente por el aire, fluidos y otras formas de contacto; su adquisición aporta un gran valor social al prevenir nuevas transmisiones y posibles complicaciones.

Beneficios del modelo de ABV

La forma de abordar el concepto de valor y su medición puede variar según la perspectiva que se tenga. Puede ser desde el pagador (gobierno, asegurador), el prestador, el médico, la industria, el cuidador y la persona (33). Por ejemplo, el prestador tiene un mayor interés en los costos de la atención y en las utilidades económicas que pueda generar; el pagador se enfocará más en los costos asociados a una condición médica para asegurar márgenes de ganancia; el cuidador y la persona se inclinarán por el bienestar personal y sus preferencias, por encima del costo (34).

En la **figura 3**, se describen los beneficios para cada actor del sistema de salud al implementar un modelo de ABV. La principal perspectiva es la de la persona y sus cuidadores, quienes potencialmente pueden recibir mejores resultados de las intervenciones en salud y beneficiarse de una reducción de los costos. Todos los procesos del modelo deben enfocarse en la inclusión de su perspectiva, con el fin de dirigir los resultados según sus preferencias y alcanzar una mayor satisfacción (8,9).

Por su parte, los aseguradores son los encargados de organizar las redes de servicios, supervisar el cumplimiento de las atenciones ofrecidas por los prestadores y medir objetivamente los resultados. Al implementar el modelo de ABV, el asegurador podrá obtener un mejor control de los costos, con un mayor enfoque a los resultados que beneficien a la persona, una mayor eficiencia de los servicios y una reducción del riesgo de las complicaciones al corto y a largo plazo.

Con relación a los proveedores, el modelo puede beneficiarlos al conectar el precio de sus insumos con la obtención directa de aquellos resultados que beneficien a las personas. Además, para los proveedores que generen valor, se aumentará el acceso a sus servicios, gracias a la evidencia obtenida. En este punto es importante aclarar que, no siempre el precio de un insumo está directamente relacionado con la eficiencia o la pertinencia, sino con otros componentes de las preferencias.

Respecto a la sociedad, se resalta el beneficio de mayor eficiencia de asignación de recursos y de mejorar la equidad en todos los resultados en salud, independiente de la región, la edad, el género de la persona, el tipo de afiliación al sistema o el riesgo social de la persona. La creación de una historia clínica unificada que permita relacionar los resultados con los costos de atención de cada enfermedad, permitirá en lo relacionado con la política pública, una mejor fijación de los precios y un aumento de la cobertura de las tecnologías, beneficiando a las personas (35).

Figura 3. Beneficios del modelo de ABV



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), adaptación propia.

Agenda de implementación del modelo de atención basado en valor

En 2013, Porter y Lee propusieron el modelo de ABV para mejorar los resultados y reducir los costos en la atención médica, instando a un cambio de enfoque en la prestación de servicios de salud. Abogan por que este centrado en las necesidades integrales de la persona, en lugar de la organización basada en especialidades. Este nuevo paradigma considera al individuo de manera holística en lugar de segmentada, cambiando la dinámica del mercado hacia la priorización de los resultados que incluyen la perspectiva del ser humano sobre los costos y el volumen de los servicios. Así, se busca beneficiar a todos los usuarios del sistema de salud, garantizando una atención equitativa y relevante para cada individuo, independientemente de su origen o situación. Los autores proponen seis componentes o principios (36), que buscan crear una agenda de implementación del modelo: organizarse en Unidades de Práctica Integrada (UPI), medir los resultados y costos para cada persona, cambio a pagos combinados para ciclos de atención, integrar los sistemas de prestación de atención, ampliar el alcance geográfico de los servicios y construir una plataforma adecuada de tecnología de la información.

Posteriormente, en 2021 Paul B. van der Nat, del Departamento de Atención Médica Basada en Valor del Hospital St. Antonius en los Países Bajos, describió que la agenda se encontraba incompleta porque carecía de la experiencia de la implementación, por lo cual propuso aumentar cuatro elementos más: establecer un enfoque sistemático para la mejora de la calidad basada en valor, integrar el valor en la comunicación con el paciente, invertir en una cultura de entrega de valor y crear plataformas de aprendizaje para profesionales de



la salud basadas en datos de resultados de los pacientes (37). A continuación, se describe cada elemento de la agenda completa de implementación (**figura 4**).

Figura 4. Agenda de implementación del modelo de ABV



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), adaptación propia.

1. Organizarse en Unidades de Práctica Integrada (UPI)

Estas unidades se describen como centros de expertos para el tratamiento de condiciones específicas de salud. Es un equipo conformado por personal clínico y no clínico que permite el abordaje integral del ciclo completo de la atención de una condición médica o un grupo de condiciones o grupos de riesgo específicos. Pueden ser conjuntos de prestadores de salud que brindan todas las atenciones que puede necesitar la persona, integrando la educación, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, seguimiento, rehabilitación y cuidado al final de la vida. Estas unidades pueden constar de diferentes prestadores de servicios de salud, de tal manera que se complementen para lograr el objetivo de cubrir todas las necesidades en salud de la persona. La organización de la atención alrededor de una condición permite incrementar la experticia, la eficiencia y el desempeño.

No obstante, no se trata de incluir solamente "personal multidisciplinario", sino que se trata de conformar equipos de diversas profesiones que aprendan continuamente acerca del cuidado experto, creen habilidades de equipo, se conozcan, tengan relaciones de confianza, se coordinen y evalúen continuamente su desempeño. Todo el equipo debe sincronizarse para tomar decisiones clínicas compartidas y para cubrir todo el ciclo de la atención, incluyendo la preferencia de la persona. La UPI de manera continua debe considerar las características y preferencias de sus pacientes para adecuarse en su operación a las necesidades encontradas.

Actualmente en el país no existe una norma que enmarque el concepto de UPI, por lo cual, su adopción es voluntaria y no está supeditada a procesos de habilitación o de acreditación.

2. Medir los resultados y los costos en salud para cada persona

La medición de los costos debe ser sistemática, abarcar todos los servicios para cada grupo de personas que tengan una condición médica y cubrir todo el ciclo de la atención. Cada enfermedad tiene variaciones en las necesidades de la atención de la persona, es decir, dependiendo del avance o las características de la enfermedad, puede ser necesario incluir ciertos medicamentos, terapias, frecuencias en las consultas, y atenciones específicas; el costeo debe incluir todas las atenciones que puedan llegar a necesitar las personas. Los métodos de costeo para una condición o ciclo de atención implican tener en cuenta todas las alternativas que puedan suceder con esa condición, es decir, los árboles de decisión posibles que impliquen el uso de intervenciones diferentes para el mismo tipo de paciente o si la severidad de la enfermedad cambia, tanto las intervenciones como los costos pueden variar. En este tipo de costeo, es relevante precisar el gasto en dinero de la actividad en función de cuánto esa actividad tuvo una inversión en tiempo.

Los costos se miden desde la perspectiva del prestador de servicios. Se propone el método de costeo basado en el tiempo invertido en las actividades (TDABC – *Time-Driven Activity Based Costing*), desarrollado por Kaplan y Anderson en 2003. Es una medición retrospectiva en la que se asignan y distribuyen los diferentes costos, de acuerdo con las actividades o procesos realizados, para posteriormente ser asignados a unos productos o resultados. Este sistema asigna los recursos directamente a los objetos de los costos mediante un coeficiente de capacidad, que se obtiene dividiendo el precio de los recursos por su capacidad práctica, es decir, el tiempo que están disponibles en la organización. Emplea el tiempo como un factor para asignar los costos, permitiendo actualizar fácilmente su cálculo cada vez que se realizan cambios en los métodos o procedimientos de trabajo. Esto permite mejorar la comprensión del proceso de atención e implementar planes de mejora dirigidos a los procesos que menos generan resultados. Dicho en otras palabras, se establece un costo por unidad de tiempo para cada recurso que se utiliza en la atención de un paciente dado, por ejemplo: costo por minuto de un equipo de resonancia. El costo del ciclo completo de atención se estima sumando los tiempos de exposición del paciente a cada recurso y su respectivo costo por unidad de tiempo. Como dificultad, se ha descrito que implica una inversión importante y exige un mayor detalle en la recolección de la información, al ser necesario conocer con precisión cada actividad realizada en el proceso de atención (38). Es imprescindible definir muy bien el proceso o ciclo a costear, luego conocer y mapear la ruta completa del proceso de atención con las decisiones o variantes posibles en un ciclo completo de una condición. El mapeo de la ruta implica conocer las actividades a realizar. En este tipo de costeo, es relevante precisar el gasto en dinero de la actividad en función de cuánto esa actividad tuvo una inversión en tiempo.

Por otra parte, la medición de los resultados en el modelo de ABV requiere de la generación de instrumentos estandarizados de evaluación. Porter plantea una jerarquía de mediciones con tres niveles que incluyen: el estado de salud logrado, el proceso de recuperación y la sostenibilidad de los resultados en el tiempo (39). En todos los niveles se plantea involucrar la perspectiva de la persona (**figura 6**). La evaluación de los desenlaces en salud se ha focalizado de forma importante en resultados clínicos y en términos económicos o relacionados con el bienestar de la persona, concentrándose en medir la seguridad y la eficacia de los tratamientos, utilizando como fuente los ensayos clínicos controlados aleatorizados (40). Este tipo de indicadores de resultados no están diseñados para dinamizar la competencia basada en valor, porque no son estandarizados y no permiten la comparación entre prestadores o entre pagadores.

Las medidas de los resultados informados por el paciente (PROM) y las medidas de las experiencias informadas por el paciente (PREM), así como la medición de los resultados informados por el médico (CROM) son las medidas más frecuentemente utilizadas en la ABV. Las PROM permiten obtener la información desde la perspectiva de las personas con respecto a cómo perciben los aspectos de su salud, y cómo la enfermedad y el tratamiento afectan su estilo y calidad de vida. Son cuestionarios estandarizados diseñados para evaluar los resultados de salud desde la perspectiva de la persona. Se reportan directamente sus percepciones, sin mediación médica, en áreas como funcionamiento físico, síntomas, actividades diarias, bienestar mental, emocional y relacional. Las PROM se recopilan mediante cuestionarios genéricos o específicos de una enfermedad, capturando diversas dimensiones y el estado funcional, o síntomas específicos y medidas generales de calidad de vida. Se recopilan longitudinalmente, generalmente antes y después de una cirugía o tratamiento, o menos frecuentemente durante el proceso de atención, para identificar cambios en los resultados a lo largo del tiempo (28).

Respecto a los PREM, se utilizan como indicadores de calidad de la atención, incluyendo aspectos personales de la experiencia, que pueden utilizarse como una medida estándar para comparar instituciones y planes de atención médica, además de impulsar estrategias de mejora de la calidad del servicio (41,42). Los PREM buscan captar lo que



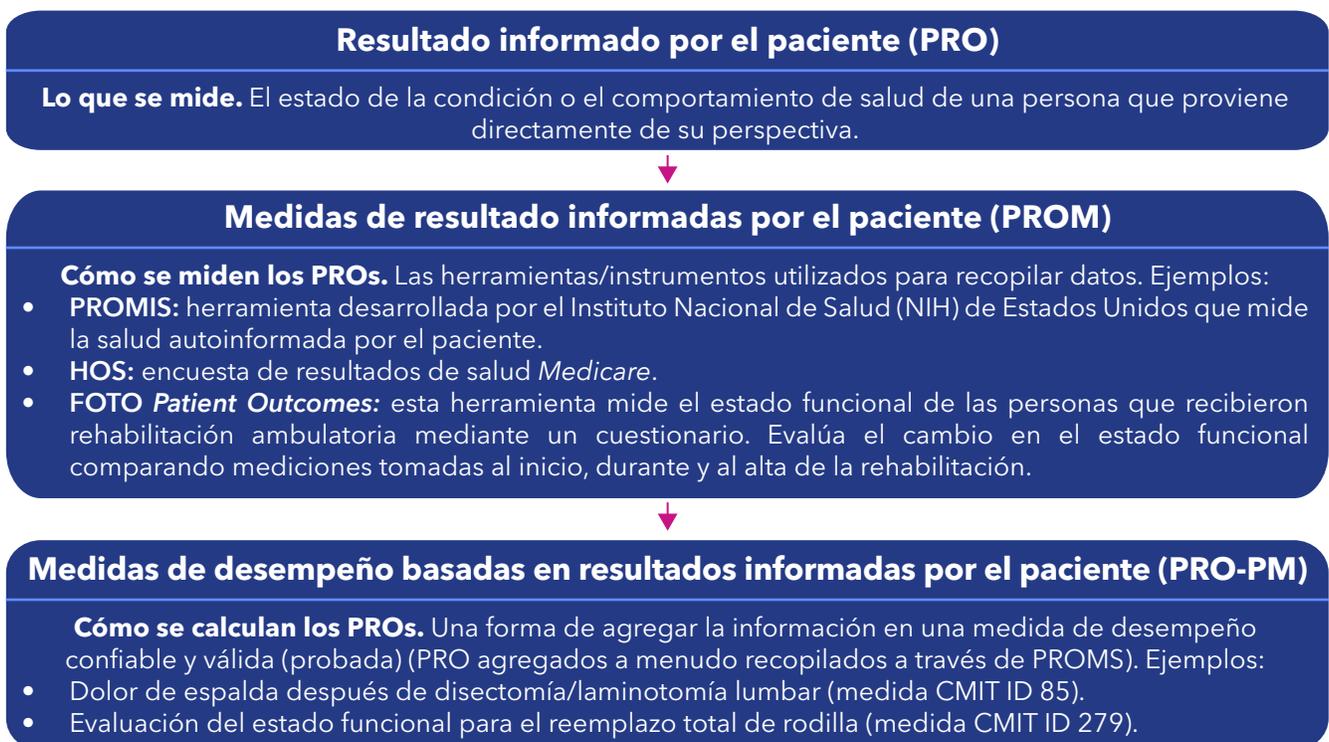
realmente experimentaron los pacientes durante su atención, abarcando tanto el uso de un único servicio (en un hospital) como a lo largo de todo el proceso de atención.

Las métricas de la experiencia del paciente incluyen preguntas relevantes y dimensiones clave a evaluar en los servicios de atención médica, como: acceso a la atención; apoyo informativo de los profesionales de la salud; participación de la persona y su familia; coordinación y trabajo en equipo; manejo del dolor; apoyo emocional, compasión, dignidad, respeto y relaciones; e integración y continuidad de la atención (28). En cualquiera de las mediciones, es imprescindible contar con la participación de las personas en el diseño y desarrollo de los indicadores. Existen algunas limitaciones importantes de esta medición, dado el posible sesgo de las expectativas de la persona y las variaciones basadas en factores externos y contextuales, que deben tenerse en cuenta al momento de interpretar sus resultados (43).

El término PRO fue propuesto originalmente por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. (FDA por sus siglas en inglés) como "cualquier informe proveniente de los pacientes con respecto a una condición de salud y su tratamiento". Esto incluye las preferencias de la persona sobre el tratamiento, la percepción de la atención médica y su participación en las decisiones. Estos PRO son una parte de lo que se conoce como "calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)". Allí se incluyen factores ambientales, sociales, económicos y personales que pueden afectar el valor en la vida. En la CVRS se hace énfasis en la influencia directa de salud, incluyendo síntomas como el dolor, la funcionalidad, los trastornos mentales, los efectos secundarios de los tratamientos, la percepción del estado de salud y el bienestar (44). En los últimos 50 años se han desarrollado y publicado más de 4.000 evaluaciones de resultados clínicos centrados en el paciente, incluyendo los PRO. No obstante, existe una variación importante en la forma de medir el estado de salud y las preferencias de las personas, a pesar de manejar una misma terminología.

El término PROM hace referencia a una herramienta, escala o medida individual utilizada para evaluar la experiencia de la persona con respecto a un aspecto específico de su salud, obtenida directamente de la opinión o percepción del paciente al proporcionarla por sí mismo (45). Adicionalmente, se utiliza el término PRO-PM que es una forma de agregar la información en una medida confiable y válida de desempeño en una entidad. Contienen específicamente cómo se agregan e interpretan los datos de PRO para reflejar el desempeño del servicio de atención médica (figura 5).

Figura 5. Relación entre los resultados informados por el paciente (PRO), PROM y PRO-PM



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), adaptación propia.

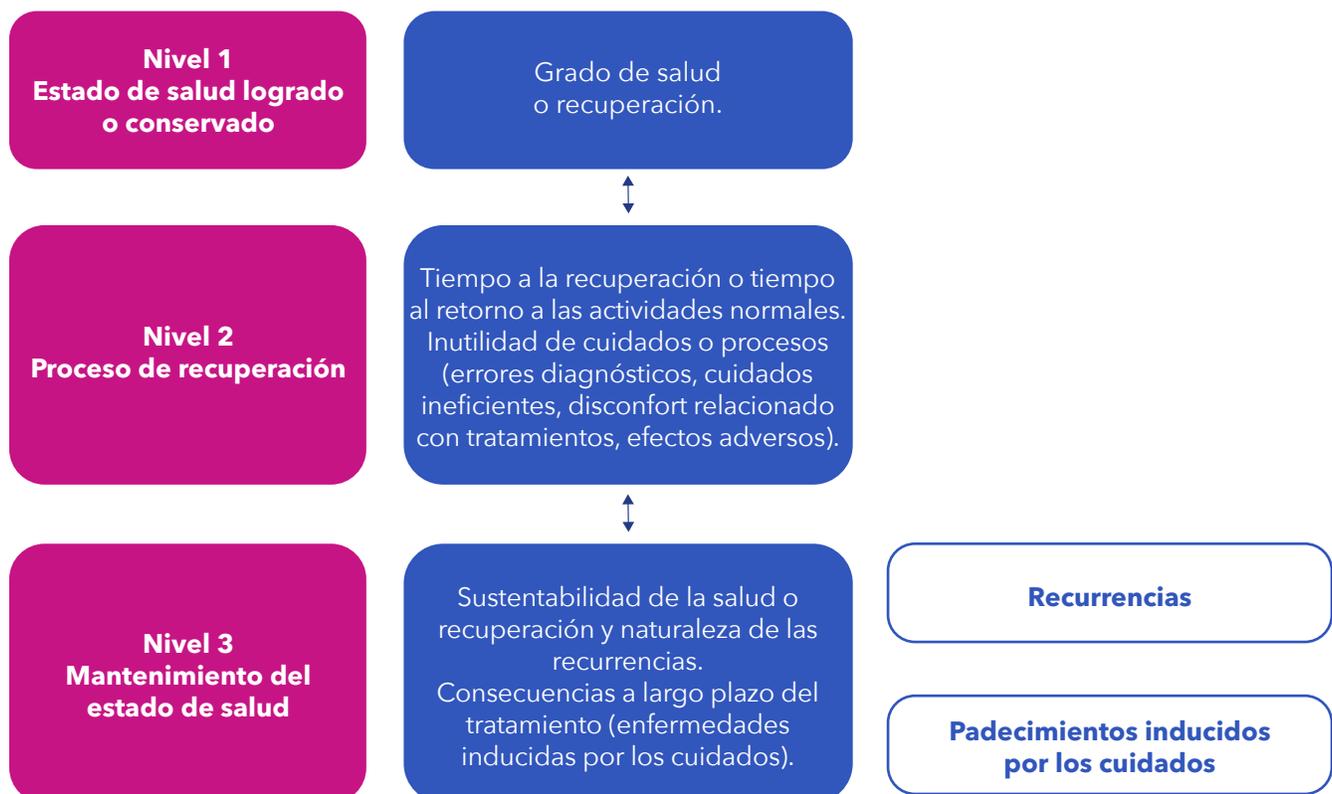
Se recomienda que los PRO tengan unas características básicas:

- Sencillos de aplicar, sin lenguajes complicados, con escalas de calificación intuitivas, con instrucciones fáciles de entender.
- Instrumentos cortos, de fácil aplicación en la práctica clínica. Con tiempos de diligenciamiento entre 12 a 15 minutos.
- Desarrollados por los pacientes, evitando que solo se tengan en cuenta los aportes de los médicos o investigadores.
- Estar validados, ser reproducibles y consistentes. Deben permitir la detección de cambios en el estado de la persona.
- De fácil interpretación. Deben ser entendidos y procesados con sencillez (45,46).

En la jerarquía de medición del modelo de ABV (**figura 6**), se plantea un primer nivel donde se incluyen medidas como la mortalidad, la funcionalidad y la calidad de vida. En el nivel dos, se incorpora la medición del ciclo de atención y la recuperación, como la oportunidad en la atención, los errores o complicaciones secundarias a la atención, tasas de reingreso a un servicio, entre otros. Y en el nivel 3, se comprende la sostenibilidad de la salud, la recurrencia o las complicaciones posteriores a un tratamiento.

Por ejemplo, en la cohorte de personas que viven con el VIH, el primer nivel incluiría la mortalidad del VIH, la presencia de enfermedades oportunistas, el compromiso inmunológico, el control de la enfermedad y aplicación de escalas de calidad de vida. En el nivel dos, se encontrarían medidas de la gestión como la oportunidad en el inicio del tratamiento antirretroviral, el seguimiento y control de la carga viral y del conteo de linfocitos T CD4, tasa de hospitalización, entre otros. El nivel 3 comprendería la supervivencia, los efectos adversos del tratamiento, etcétera.

Figura 6. Jerarquía de medición de los resultados en el modelo de ABV



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), adaptación propia (39).



El modelo plantea que los resultados sean publicados para el beneficio de las personas, ya que promueven la innovación y la equidad, e incentivan al mejoramiento de las prestaciones. Al respecto, el Consorcio Internacional de Medición de Resultados en Salud (ICHOM), que reúne a los expertos clínicos a nivel global, ha desarrollado estándares (PROMS y PREMS) para algunas condiciones de salud que tienen mayor prevalencia y elevado costo de la atención (47). Esta evaluación de desenlaces se propone que sea por condición de salud o enfermedad, lo cual es acorde a la propuesta de crear unidades de atención integrada por cada condición clínica (48). Adicionalmente, el Instituto Nacional de Salud estadounidense respalda el centro de difusión e implementación *HealthMeasures*, que promueve el uso de cuatro sistemas de medición (PROMIS, NIH toolbox, Neuro-QoL y ASCQ-Me) (49).

En Argentina, el Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) ha generado reportes sobre las mejores prácticas y guías de implementación del modelo de ABV. En estos reportes se resalta que existen algunas motivaciones para todos los actores del sistema de salud, como la disminución de desperdicios, mejorar la eficiencia en la atención, el aumento de la efectividad de los tratamientos y el mantenimiento de la sustentabilidad, entre otros. Se enfatiza en las características de los modelos de pago, los componentes mínimos de los acuerdos, y la necesidad de tener un proceso claro de cálculo de costos. Adicionalmente, se sugiere la implementación de un costeo basado en actividades determinado por el tiempo (TDABC), en el cual se hace un análisis retrospectivo según los cuidados proporcionados a las personas con una enfermedad específica, se visualiza la atención de la persona durante el curso del tratamiento y se identifican los costos específicos asociados con todos los procesos involucrados. Esto permite diferenciar el costo de cada enfermedad y relacionarlo con los resultados esperados que se definen previamente (8,9,50).

La medición de los resultados incluye la comparación del desempeño con otras organizaciones, conocida como "*Benchmarking*". Este proceso consiste en establecer un punto de referencia que permita la comparación de los procesos, los productos y los resultados obtenidos. Es un proceso continuo que incluye conocer las diferentes estrategias de las organizaciones que obtienen los mejores resultados en un aspecto específico, con el fin de generar nuevas ideas y mejorar los procesos en la atención. Busca mejorar la calidad de los servicios, aumentar la productividad y reducir los costos de la atención. En la **figura 7**, se describen los componentes de este ciclo. Inicialmente se parte de identificar los mejores resultados en salud, posteriormente se recolectan los datos, se establece el punto de referencia, se analiza la brecha entre los resultados propios y el comparador, y finalmente, se generan los planes de mejora que modifiquen el proceso de atención.

Figura 7. Ciclo del *benchmarking*



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC), adaptación propia.



“ El modelo plantea que los resultados sean publicados para el **beneficio de las personas**, ya que promueven la innovación y la equidad, **e incentivan al mejoramiento de las prestaciones.** ”



3. Cambio a pagos combinados para ciclos de atención

Se deben implementar los modelos de pago integrados que cubran el costo total del tratamiento de la persona. De esta manera, se asegura que la atención sea integral, se disminuye el volumen de las autorizaciones y de los trámites, y se incentiva la obtención de resultados en salud.

En los centros de servicios de *Medicare* y *Medicaid* (51), se han generado algunas iniciativas para la transformación de la práctica clínica que incluyen modelos de pago alternativos creados en conjunto con los médicos, incentivando servicios de calidad y que a la vez sea rentable. Estos modelos se desarrollaron para una condición médica y población específica, un episodio de atención o una innovación particular. En estos acuerdos se traslada el riesgo de algunas decisiones de los pagadores a los proveedores (52). De tal manera que el pagador establece los costos de referencia esperados para una población asignada a un proveedor durante un periodo determinado. Se brinda la atención a dicha población y el pagador comparte una parte de los ahorros obtenidos al comparar los costos reales con los de referencia, ajustados según el cumplimiento con los objetivos de calidad (55).

La Facultad de Medicina y el Centro de Política y Economía de la Salud de la Universidad de Washington y el Centro para la Investigación de Resultados, publicaron en 2022 un artículo donde critican los modelos de pago basados en el valor al asegurar que en los Centros de Servicios de *Medicare* y *Medicaid* no se han reducido significativamente los gastos de atención médica ni se ha mejorado la calidad de los servicios. Sostienen que es necesario priorizar la equidad en el diseño e implementación de estos modelos de pago. Además, la planificación de los servicios se ha basado en el comportamiento de los gastos previo a la implementación del modelo de ABV, lo que ha generado diferencias importantes entre lo presupuestado y lo observado.

Ante estos hechos, describen una nueva modalidad de contratación llamada el modelo ACO "lograr la equidad, el acceso y la salud comunitaria" (ACO REACH). Este modelo incluye un nuevo "ajuste de referencia de equidad", donde se reconoce que los proveedores pueden necesitar gastar más, para atender a personas de poblaciones marginadas. Esto implica que se deben identificar las disparidades en sus pacientes, establecer una estrategia de equidad y adoptar iniciativas para reducir las diferencias. Adicionalmente, se propone recopilar datos sobre los determinantes sociales y demográficos informados por las personas. En conclusión, para promover la equidad en salud en un modelo de ABV se debe gastar más en grupos desatendidos que tienen necesidades insatisfechas (53,54).

En este campo, es importante resaltar la importancia de la fijación de los precios basada en valor, un método para establecer el importe a pagar por los bienes y servicios que refleje la importancia para el comprador. Para implementar esta metodología, es primordial definir previamente los componentes relevantes de valor, conocer las medidas de resultado, y crear acuerdos de riesgo compartido basados en resultados (56). Otro término asociado es "precios basados en indicaciones", que pretende cambiar el coste pagado dependiendo del contexto, y de la enfermedad para la cual se prescribe una tecnología o un medicamento. De esta manera, se incentiva el uso del medicamento solo para las enfermedades en las cuales aporta mayor valor (57).

En Colombia, se han descrito los mecanismos de pago, entendidos como la forma en que se retribuye a un prestador de servicios por una atención en salud. Esos mecanismos pueden clasificarse en prospectivos o retrospectivos según su temporalidad. Idealmente, los mecanismos deberían ser prospectivos y deberían tener en cuenta algunos aspectos relevantes como: permitir su medición según el grupo de riesgo al que pertenece el paciente, incentivar la integración de todo el ciclo de atención que requiera la persona y transferir el riesgo al prestador (58).

4. Integrar los sistemas de prestación de atención

En este punto se sugiere que los diferentes prestadores funcionen de manera integrada. Se recomienda determinar el alcance y la cobertura para cada proveedor de salud. La atención se debe brindar de forma coordinada, eficiente y basada en evidencia, respaldado por tecnologías de información que permitan que, aunque sean diferentes prestadores, funcionen holísticamente. Este concepto suele confundirse con "red de atención" o "ruta de atención", por lo cual debe aclararse a que se refiere una red o una ruta. Si se define red como un conjunto de prestadores articulados en donde puede recibir atención la persona, pero en el que actúan de

forma independiente, con poca comunicación, gestión no compartida, y responsabilidad dividida, realmente no se está aportando valor. Si, por el contrario, son un conjunto de prestadores que comparten la gestión, el estilo de práctica, la información y la responsabilidad por generar resultados, entonces si se genera valor (92).

Así mismo, es importante concentrar la atención por cada condición médica, de manera que se atienda a un mayor volumen de pacientes, promoviendo la experticia y la calidad de cada entidad, esto significa a su vez, mejores resultados. Es importante considerar la ubicación y la forma de acceder a cada servicio, promoviendo que las atenciones que requieran menor complejidad se desarrollen en prestadores con menor nivel, pero que cumplan su rol de manera óptima. Y a su vez, asegurando que en todas las sedes se mantenga la misma calidad y experiencia.

En este elemento, es relevante resaltar la necesidad de integrar los servicios con la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, donde la UPI podría apoyar o entrenar a los niveles primarios. Se ha estimado que los servicios de atención en salud generan solamente el 10% de resultados, mientras que los factores conductuales representan el 40%, y los ambientales y sociales el 20%. Por esta razón, es imprescindible integrar el enfoque de la medicina preventiva al modelo de ABV. Además, es claro que se deben promover las intervenciones que generen mayor resultado a más bajo costo, como es el caso de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Siendo así, se debería aumentar el pago realizado a los proveedores de atención primaria, ligado a los resultados, de tal manera que facilite e incentive este tipo de prestación (58,59).

5. Ampliar el alcance geográfico de los servicios

Los prestadores de servicios deben ampliar la cobertura de forma estratégica a las regiones con difícil acceso. Esto se puede lograr de diversas maneras, por ejemplo, con la rotación de profesionales de la salud en diferentes ubicaciones, de tal manera, que los prestadores más lejanos se empoderen y alcancen la experticia necesaria en su atención. Por ejemplo, el caso de las subespecialidades, que son escasas y se encuentran concentradas en los territorios con mayor densidad poblacional, podrían desplazarse con determinada frecuencia a brindar su atención en prestadores de primer nivel ubicados en zonas de difícil acceso. O con el uso de telemedicina que permite tener una atención a distancia, reduciendo costos y tiempos de desplazamiento.

Otra forma, es la creación de convenios entre los prestadores de mayor complejidad con aquellos con baja complejidad, pero que tienen sedes en lugares de difícil acceso. El experto en una condición utiliza las instalaciones de los de menor complejidad, enseñando, capacitando y compartiendo su atención con el nivel primario, mejorando su conocimiento, experiencia y reputación. El beneficio directo está en asegurar la adecuada atención a la persona que tienen limitaciones para acceder a sus atenciones.

Se han descrito cuatro claves estratégicas en el abordaje de la cobertura geográfica (60):

1. Titularidad del cuidado

Concentrar la propiedad y la responsabilidad para la atención de pacientes con una condición específica o un conjunto de condiciones relacionadas bajo la gobernanza de una sola organización, la unidad de práctica integrada (UPI). Las UPI no sólo brindan su servicio, sino que supervisan la planificación general y aceptan la responsabilidad general de los resultados y la eficiencia. La UPI se convierte en el centro de la toma de decisiones a lo largo del ciclo de atención.

2. Concentración de la atención en un número limitado de sitios

Con una UPI designada como centro de toma de decisiones, se debe conducir a la concentración del volumen de pacientes en un número limitado de sitios. En ocasiones, puede ser un solo lugar, donde las personas con una enfermedad muy compleja son valoradas por un equipo multidisciplinario completo en una instalación dedicada a ello. El servicio menos complejo se puede asignar a sitios adicionales en una región, por ejemplo, en un programa de cirugía ortopédica que realiza procedimientos más complejos en hospitales, pero los más sencillos en centros ambulatorios. Las UPI supervisan la prestación en las múltiples ubicaciones. Esto no significa que deban brindarse en cualquier sitio de la red.

3. Asignar la atención al sitio de mayor valor

El tercer principio es asignar servicios a lo largo del ciclo de atención al conjunto de sitios donde se puede realizar con mayor efectividad, eficiencia y comodidad para el paciente. La UPI diseña y gestiona sistemas que



dirigen a las personas a ubicaciones que optimizan el valor de la atención necesaria. Por ejemplo, los pacientes pueden recibir cirugía en una instalación donde se concentra el volumen, pero la consulta pre y postoperatoria en un lugar más conveniente e instalación de menor costo, más cerca de su casa.

4. Personalización de la atención

Las personas deben ser asignadas a sitios según sus factores de riesgo individual para alinear la atención con el valor. Este principio reconoce que los pacientes son heterogéneos y el valor debe coincidir con las capacidades del sitio y con la complejidad clínica necesaria. Se deben establecer sistemas de gestión para individualizar los sitios de prestación, de modo que se integre con la necesidad de cada ser.

En conclusión, la expansión de servicios aumentando el alcance geográfico de una agenda basada en valor implica que los mejores centros y el mejor conocimiento posible tienen la enorme oportunidad de acrecentarse. Muchos de los proveedores actuales se expanden aumentando todo tipo de servicios, pero hacerlo a partir de la experticia es un concepto diametralmente diferente. La expansión geográfica permite llevar altísima calidad a cualquier territorio, pero haciéndolo muy eficiente y eficaz.

6. Establecer un enfoque sistemático para la mejora de la calidad basada en valor

Se plantea mejorar la calidad de los servicios de atención estableciendo objetivos prácticos y realistas que reflejen altos estándares. Si bien hay indicadores importantes como la calidad de vida o la supervivencia, resulta complicado vincularlos directamente con planes de mejora específicos para cada organización. Por ello, se sugiere emplear resultados intermedios en la gestión de la calidad, los cuales sirven como enlace entre las medidas de proceso y de resultados finales. Un ejemplo de esto es la mejora de la condición física de los pacientes cardíacos antes de una cirugía, lo cual se puede considerar como un resultado intermedio entre asistir a fisioterapia (proceso) y una mayor supervivencia (resultado). O el caso de la diabetes mellitus en la que se esperan resultados a largo plazo como la supervivencia o la ausencia de daño de órgano blanco, en la que incluir resultados intermedios es relevante para mejorar la gestión actual de la enfermedad.

La medición de estos resultados debe impulsar iniciativas de mejora mediante el uso de evaluaciones comparativas y análisis de tendencias a lo largo del tiempo y entre diferentes subgrupos de pacientes. Esto puede complementarse con la participación de expertos, quienes pueden revisar los procesos y generar propuestas dirigidas a optimizar los resultados. En este punto es relevante destacar el proceso de aprendizaje de las UPI, se anticipa que, al centrarse en una condición particular, se logre un mayor conocimiento y calidad a través de la experiencia adquirida.

7. Integrar el valor en la comunicación con el paciente

La información que se le proporciona al paciente debe abarcar las características de su enfermedad, el tratamiento propuesto, el equipo médico disponible y los posibles resultados, tanto los reportados en la literatura como los obtenidos en la organización. Conocer los resultados reales permitirá tener una visión más clara sobre la calidad de la atención a nivel local. Además, es importante que se comparen los diferentes proveedores de servicios de salud, de modo que el paciente pueda entender las variaciones en los resultados y, según sus preferencias, tomar una decisión más informada. En otras palabras, las diferencias significativas en los resultados que son relevantes para los pacientes deben estar fácilmente accesibles y presentarse de forma clara y comprensible.

8. Invertir en una cultura de entrega de valor (educación)

Es fundamental que los profesionales de la salud asuman una responsabilidad compartida con sus pacientes, involucrando a todas las disciplinas, departamentos y a todos los integrantes de la UPI. El médico el equipo multidisciplinario de la UPI, no solo es responsable de su parte en la cadena de atención, sino también de la calidad global del servicio. La reflexión constante sobre el desempeño en términos de resultados, tanto a nivel individual como en equipo multidisciplinario, es una característica esencial de ser un buen profesional de la salud. Esto implica un cambio cultural. Es necesario crear un entorno de confianza y seguridad entre los profesionales para fomentar una cultura de trabajo en equipo, donde puedan recibir retroalimentación de sus equipos de trabajo y de sus pares, reflexionar de manera abierta y mejorar de forma continua. Invertir en esta cultura orientada al valor no es simplemente un aspecto adicional en la agenda, sino que, si no se acompaña la implementación técnica de la atención médica basada en el valor con un cambio cultural, esta estrategia fracasa.

sará. El Hospital Sahlgrenska en Suecia subrayó que el liderazgo clínico debe estar acompañado de esfuerzos para fomentar una participación amplia del personal de la organización (37).

9. Construir plataformas de aprendizaje para los profesionales de la salud

Es necesario crear plataformas donde los profesionales de la salud puedan aprender unos de otros e inspirarse mutuamente. Difiere del punto 6 (aprendizaje dentro de la institución), en que se refiere al aprendizaje entre instituciones. Muchas de las mejores prácticas involucran redes de proveedores de atención sanitaria. La mayoría de las iniciativas europeas exitosas en la implementación del modelo incluyen algún tipo de entorno de aprendizaje basado en resultados. Por ejemplo los hospitales de Santeon que han demostrado la transformación del valor con ejemplos tangibles en atención del parto, de la enfermedad renal crónica y del cáncer de mama. Lograron un aumento de las cirugías ambulatorias para conservar la mama, y una reducción de las tasas de reintervención por márgenes tumorales positivos. Posteriormente, utilizaron estos resultados para negociar un modelo de reembolso colectivo basado en el valor con las compañías de seguros (92). Estas redes muestran que los profesionales de la salud desean reunirse y discutir su trabajo de manera abierta en un entorno de aprendizaje entre pares, fuera de su propia organización. En los últimos años, se han desarrollado numerosos estándares internacionales para la medición de resultados, promovidos en parte por el Consorcio Internacional para la Medición de Resultados de Salud. El escenario ideal es que los proveedores de atención sanitaria en todo el mundo midan los resultados de manera uniforme, lo que permitiría compararlos. Este enfoque será realmente efectivo si las mediciones de resultados se combinan con plataformas de aprendizaje donde profesionales de diferentes instituciones reflexionen y discutan abiertamente su desempeño y métodos de trabajo.

10. Construir una plataforma adecuada de tecnología de la información

Todos los componentes mencionados previamente requieren de la creación de un sistema unificado que facilite la recolección de la información, la medición de resultados y el seguimiento de las personas. Este sistema debe incluir los siguientes elementos:

- **Cobertura integral:** abarcar todos los prestadores que brindan atenciones a la persona durante todo el ciclo de atención.
- **Terminología unificada y estandarizada** que permitan una fácil consulta e intercambio de información para un mejor análisis de datos.
- **Accesibilidad:** estar disponible para la consulta de todos los actores del proceso de atención y del paciente.
- **Relevancia de la información:** incluir información relevante para la persona.
- **Plantillas específicas:** incluir plantillas por condición médica.
- **Facilidad de extracción:** permitir una extracción fácil.

Todo esto implica realizar una inversión masiva en infraestructura de datos (61).

Conceptos adicionales de valor

Se han descrito conceptos de valor en diferentes publicaciones, que son utilizados en contextos de salud diferentes a lo descrito en el modelo ABV de Porter. Por ejemplo, el Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS) definió valor social como una forma de pensar sobre la asignación y uso de recursos limitados en una sociedad, manteniendo la responsabilidad social en un entorno de racionalización económica. Esto implica cambiar de modelos centrados en el tratamiento a enfoques preventivos que promueven la independencia y el bienestar. El valor social proporciona un marco para evaluar el impacto de las intervenciones a nivel individual y comunitario (62).

Posteriormente, en 2023, el IETS publicó el "Manual metodológico para la definición de la categoría de valor terapéutico en el marco del Artículo 72 de la Ley 1753/2015", en el que se define el "valor terapéutico adicional" como una evaluación del progreso terapéutico (o diagnóstico) proporcionado por un medicamento (especialmente en términos de eficacia o seguridad) en comparación con las alternativas existentes. Para ello, se utiliza la metodología GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*). Los desenlaces abarcan medidas directas como la mortalidad o resultados clínicos específicos de cada condición



médica, y las medidas subjetivas con instrumentos clinimétricos adaptados y validados como la calidad de vida, el deterioro cognitivo, depresión, entre otros (63).

En 2018, se publicó en *Value in Health* una revisión relativa a los precios basados en valor en Colombia, identificando que existen dificultades para su implementación dado que hay diferencias de conceptos sobre valor terapéutico y su uso. Además, se mencionan limitaciones importantes dado que el marco en el que se incluye la eficacia, la efectividad y la seguridad, subestima la adopción de nuevas tecnologías (64). Posteriormente, en 2021 se revisaron regulaciones, políticas, informes para evaluar la transición a la ABV en Latinoamérica, encontrando que la disponibilidad de datos sobre resultados es escasa, y no existe una capacitación o contenido formal y reglamentado sobre el concepto (64).

De esta manera, se quiere hacer explícito que existen diferentes usos del concepto de valor según el enfoque utilizado. Para este documento se busca conceptualizar la palabra para que aporte en el modelo de atención en salud.

Recomendaciones para todos los actores

Basados en la revisión realizada, se generan las siguientes recomendaciones al momento de iniciar con la implementación o adaptación del modelo de ABV:

- **Cocreación de valor y enfoque en la persona.** Es esencial enfocarse en el empoderamiento de las familias y comunidades para que colaboren activamente en su salud, atención sanitaria y autocuidado. Alcanzar este objetivo también requiere una mayor incorporación de las preferencias, conocimientos y experiencias de los consumidores en el diseño futuro de los sistemas y servicios de salud (66). Implica una participación activa de las personas, que aporten y exijan el cumplimiento en cada parte del modelo.
- **Alineación de los sectores del sistema de salud.** Todos los sectores relacionados con el sistema de atención de salud (incluyendo políticas, mecanismos de pago, diseño de la prestación, medición, participación de los pacientes, capacitación e investigación) deben estar estrechamente alineados para mejorar el valor (67).
- **Diagnóstico del avance del modelo de ABV en su organización.** Inicialmente, se deben dimensionar las brechas de los modelos de atención en relación con lo aquí planteado.
- **Generación de una hoja de ruta.** Permite establecer las mediciones priorizadas de la organización, los potenciales beneficios de los PROMS a medir y los ajustes necesarios en el contexto en que se desarrollen.
- **Compromiso gubernamental y directivo.** La implementación futura del modelo, incluyendo las medidas de resultados descritas (PROMS, PREMS, PRO-PM, resultados clínicos), requiere de un compromiso a nivel gubernamental y de los directores de los prestadores de servicios (68). El gobierno debe brindar las bases necesarias para la adaptación del modelo, identificando las brechas y barreras actuales que impiden su implementación hacia la búsqueda de mejores resultados.
- **Delimitación de la aplicabilidad de las mediciones.** Determinar en qué casos se debe aplicar y en cuales no (69).
- **Implementación de sistemas de información.** La evidencia del mundo real tiene el potencial de facilitar la medición de resultados en el modelo de ABV. Para ello, es necesario implementar sistemas de información de alta calidad, validados y estandarizados, con una infraestructura robusta que abarque todo el ciclo de atención de la persona (35).
- **Creación de incentivos por resultados.** Requiere de la creación de incentivos claros que se ejecuten gradualmente, en todos los niveles de atención (70).
- **Priorización de la atención primaria en salud,** dado que ofrecen un mayor valor para las personas por su alto impacto en la obtención de resultados y su bajo costo (70).

- **Se deben realizar investigaciones** en los diferentes actores del sistema de salud sobre el modelo para evidenciar los beneficios y dificultades de su implementación. Ahondando en la medición de resultados y su conexión con los costos de la atención.
- **Los proveedores de insumos, medicamentos y servicios** deben asegurarse de generar valor a las personas con sus atenciones, supervisando los resultados obtenidos.

Experiencias en el mundo

El modelo de ABV está en crecimiento en el mundo, con casos destacados en prestadores como la Clínica de Cleveland, el *Intermountain Healthcare*, el Hospital Universitario de Barcelona, el Hospital Alemão Oswaldo Cruz de San Pablo, el Hospital Israelita Albert Einstein en Brasil, *Virginia Mason Medical Center*, el *MD Anderson Cancer Center*, el *Children's Hospital of Philadelphia*, los *Cedars-Sinai Centers* y el *Texas Children's Hospital* en los Estados Unidos, el *Karolinska University Hospital* en Suecia, y la *Martini Klinik* en Alemania y la red Santeon en Holanda, entre otros. Estas instituciones han demostrado un aumento en la cantidad total de personas atendidas, la transformación de sus estructuras organizativas en función de las necesidades de la población, avances en sistemas de información, estabilidad económica, formas de pago basadas en valor, ampliación geográfica de los proveedores, integración virtual de servicios, relaciones más estrechas con el personal clínico y promoción de la telemedicina (71 - 73).

Uno de los principales casos mencionados es el de la Clínica de Cleveland, que implementó estrategias regionales de ubicación de atención. Por ejemplo, en fisioterapia, a los pacientes se les asegura que reciban el servicio en prestadores que estén a menos de 10 millas de distancia de su hogar y para cirugía de espalda que estén a menos de 20 millas. Para ello, la clínica tuvo que habilitar diferentes servicios, incluso algunos que ya tenía cerrados. Fue necesario tener una base de datos actualizada que permitiera medir las distancias entre la ubicación del paciente y la red de atención de la clínica (60).

A su vez, se han descrito diversas limitaciones y dificultades en estas organizaciones, como la variedad en la interpretación de los conceptos del modelo según cada organización, la elevada complejidad en la implementación de la medición de resultados, variaciones en la forma de hacer cada medición, la falta de compromiso estratégico de los dirigentes de las organizaciones, las dificultades en recopilar datos de manera unificada, la variedad en plataformas tecnológicas que dificulta su unificación, la dificultad y variedad de estrategias en búsqueda de relacionar el costo de una atención con los resultados. En la literatura se describe que las organizaciones han implementado algunas partes del modelo, pero no se ha hecho de manera integradora, lo que impide conocer con certeza sus resultados. Adicionalmente, no se describen con claridad las estrategias de implementación lo que impide validar su utilización y replicación.

El rol de la persona en el modelo de ABV

Las personas son el eje central del modelo de ABV, lo cual implica una elevada responsabilidad en términos de tener claras unas preferencias y tomar decisiones relativas al acceso a diferentes atenciones en salud. A esto se le ha llamado "la responsabilidad compartida", que implica la participación de los pacientes, los cuidadores, los aseguradores, los prestadores, la industria farmacéutica y la sociedad (74).

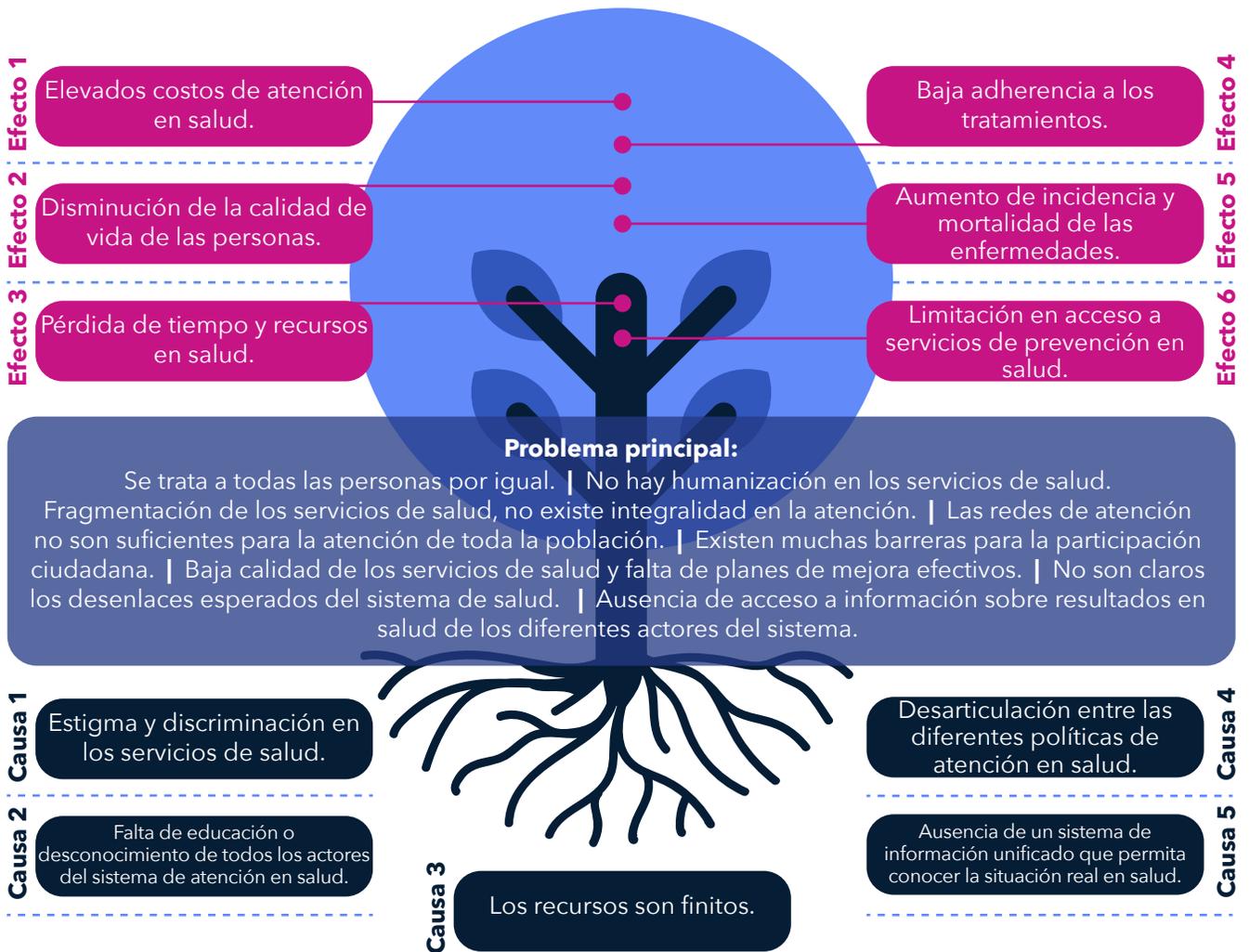
Se debe incluir la participación del paciente, considerando las decisiones informadas y autogestión inclusive con acciones de promoción y prevención proactivas; la atención centrada en la persona con un enfoque holístico, personalizado, fomentando la solidez en la relación médico - paciente; la participación directa en la mejora continua y evaluación de resultados fomentando y siendo veedores de la continuidad y la coordinación del cuidado. Los pacientes no deben ser receptores pasivos de servicios de salud, sino participantes en el proceso de atención, contribuyendo a decisiones informadas, gestión proactiva de su salud y colaboración



continúa con los prestadores para alcanzar mejores resultados y una mejor calidad de vida. Los resultados en salud (especialmente en condiciones crónicas) son co-producidos con el paciente. Por esta razón, es crítico que la persona esté activa para ser parte de esta co-producción.

En 2023, la CAC realizó una mesa de trabajo con los representantes de las asociaciones de pacientes de las principales enfermedades de alto costo de Colombia. A través de la metodología de "pensamiento de diseño", utilizada para buscar soluciones a un problema específico a través de la interacción con las personas, se creó un árbol de problemas (**figura 8**) que buscaba plantear las dificultades observadas en el modelo de atención en salud actual colombiano. A través de las fases de empatía y definición, se buscó entender y describir la opinión de las personas que representan a los grupos con enfermedades de alto costo y que tienen una vivencia diaria que facilita la comprensión de todo el proceso. Los principales problemas mencionados fueron la fragmentación de los servicios de salud, la insuficiencia de la red, la baja calidad de los servicios, la ausencia de medidas claras de resultados esperados y las barreras en la participación ciudadana en todo el proceso de atención.

Figura 8. Árbol de problemas del modelo actual de atención en salud en Colombia inspirado en los representantes de las asociaciones de pacientes de enfermedades de alto costo



Fuente: Cuenta de Alto Costo (CAC).

Programa *What Matters to You*

El concepto de salud basada en valor, con el reconocimiento de la persona como centro y eje principal del modelo, incluye en sí mismo una dificultad al intentar abordar el resultado desde la perspectiva del paciente, dado que existen un sinnúmero de dimensiones e interpretaciones como cuantas personas sean encuestadas. No obstante, estos modelos tan personalizados y específicos, deben comprender para su implementación metodologías aplicables, estandarizables, que no vulneren la percepción individual pero que procuren la comprensión objetiva de lo esperable y percibido, a fin de garantizar el logro de los mismos durante el proceso de atención.

Así mismo, el cambio a un modelo de prestación y ABV, implica una redistribución de los recursos o en su defecto una nueva destinación que responda a las necesidades identificadas en el usuario final y los ejecutores del modelo, causando el menor traumatismo logístico en el proceso de adopción y adaptación. Esta situación no es indiferente para el sector salud colombiano, en el cual la destinación de los recursos provenientes del sistema de salud debe garantizar el cumplimiento de los principios de transparencia, eficiencia y solidaridad, de modo tal, que previo a la generación de estrategias de valor deberá conocerse el contexto de la implementación y el establecimiento de metodologías cotidianas, que permitan identificar lo que importa al usuario final.

Como parte de este proceso de acompañamiento a la implementación y definición de las necesidades individuales, la organización escocesa *Healthcare Improvement Scotland*, con presencia en diferentes países entre los cuales se enumeran Brasil y Chile, crea la estrategia *What Matters To You*, concretada a través de una metodología que describe las herramientas para acercarse a las preguntas correctas y determinantes, por medio de lo que ellos definen como un proceso aplicable "cada día, todos los días, para aprender, descubrir y entender lo que los pacientes necesitan, quieren y esperan para hacer una diferencia, empoderar a los pacientes; mejorar los resultados, construir confianza, mostrar respeto y estrechar las relaciones" (75).

Como parte del proceso de atención centrado en el logro del mayor impacto percibido por el paciente, se propone que en cada interacción se le pregunte qué espera que suceda o cuál sería el resultado que le gustaría percibir, situación que para su ejecución no requiere una destinación de recursos muy superior a la actual, pero que sin embargo, para su planteamiento en los centros de salud de todos los niveles de atención, implementación y aún más importante la interpretación de los resultados obtenidos, sí requiere un proceso metodológico claro que traduzca las respuestas obtenidas en verdaderas acciones de valor, las cuales no en todos los casos deben contemplarse de manera colectiva siendo individuales en muchos aspectos.

What Matters To You, está propuesto a través de fases de desarrollo y aplicación para generar una nueva propuesta de modelos de atención, que involucre a los líderes y tomadores de decisiones de los centros de atención, el staff en los diferentes niveles de involucramiento y que permita medir la experiencia del usuario y hacer seguimiento al compromiso de los prestadores (76).

En la primera etapa de la implementación el objetivo es conseguir el compromiso de los equipos directivos de las instituciones, identificando los líderes del proyecto, integrando las diferentes áreas independientemente de la cercanía del contacto con el paciente. Posteriormente se iniciará la alineación del proyecto con la política institucional, definiendo los alcances y objetivos del programa; la población con la cual se iniciarán las intervenciones de modo que se incremente progresivamente el número de servicios preguntando siempre al usuario qué desea, identificando la totalidad de los actores en quienes el proyecto generará impacto, concretando roles y responsabilidades.

En torno a la experiencia del usuario, será necesario evidenciar el estado actual del proceso de atención de los pacientes, a través de cada una de las áreas de la organización, determinando las métricas que se usarán para monitorear el avance del proyecto, con un plan que permita recopilar de manera sencilla la información idealmente desde la fuente para que la respuesta a la pregunta: qué desea o importa al paciente se recupere con la menor alteración semántica posible, que involucre un plan de comunicaciones para todos los actores, permitiendo incrementar el compromiso en las acciones y continuar vinculando nuevos participantes, para lo cual será necesario establecer un plan de formación para los nuevos colaboradores y para aquellos que deseen incluirse como líderes del proyecto, con un importante impacto en las organizaciones de salud, donde la rotación de personal es constante y puede dar lugar a fluctuaciones y pérdidas en el desarrollo del programa. En



este punto, se definirán las acciones que claramente favorezcan que el paciente comunique de manera clara y abierta qué le interesa y qué aspecto valora sobre los demás en el proceso de atención.

De manera simultánea, se establecerán las medidas a través de las cuales se evidenciarán los avances producto del proyecto. Para incrementar la adopción del programa es necesario crear un mapa de ruta que permita a los funcionarios navegar la implementación, planificando ciclos de capacitación y entrenamiento constante que faciliten el ejercicio, llegando al modelo "*What Matters to You*" como línea estratégica principal para el abordaje de todas las acciones dentro del centro de salud. Siendo este procedimiento factible para su aplicación en programas especializados de atención, para la prestación de servicios multidisciplinares en población con enfermedades de alto costo como programas de nefroprotección, atención a personas viviendo con VIH, pacientes con artritis reumatoide; seguimiento de la gestión del riesgo y los resultados en cáncer y personas con coagulopatías, entre otros, y evaluados de manera conjunta entre aseguradores y prestadores.

Entre los ejemplos mencionados por *Healthcare Improvement Scotland*, están algunos relacionados con la experiencia del cuidador y del paciente al interior de los servicios de cuidado crítico y de las unidades de cuidado intensivo, que destacan el resultado de mayor impacto para el paciente como la comunicación e información de las intervenciones a realizar, el reporte en un lenguaje claro y común de los avances de su estado de salud y la satisfacción de medidas de confort que faciliten su tránsito por las experiencias de atención; por lo cual es necesario comprender que en diferentes escenarios de salud, el interés del paciente puede estar orientado en dimensiones adicionales a la atención clínica y que los resultados y lo esperable puede comprender la integración de diferentes aspectos que conformen el valor (**figura 9**) (77).

Figura 9. Ejemplo de un formato con información diaria dirigida a las familias de una unidad de cuidado intensivo (UCI)

Información diaria para familias Unidad de cuidados intensivos	
Fecha: 28/6/10	
Nombre del paciente: John Doe Fecha de nacimiento: 19/9/1984	
El plan de hoy: <ul style="list-style-type: none">• Asegúrese de que John esté cómodo, con cambios regulares de posición.• Colchón aliviador de presión de chorro.• Mantenga a John seguro con medicamentos para dormir que nos permitan brindarle el tratamiento necesario.• Comercialice medicamentos para ayudar más a los intestinos.	
¿Qué le gustaría que le pasara a su familiar hoy? Podrías humedecerle los labios, por favor. Sigue haciendo lo que estás haciendo, gracias.	

Adaptado del Hospital Real de Forth Valley, Larbert (77).

ABV y el modelo centrado en las personas con enfermedades crónicas

Considerando el incremento en la incidencia y la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas en Colombia y el mundo, surge la necesidad de crear modelos en los que el paciente se ubique como centro de las intervenciones, favoreciendo la adherencia, la relación con el médico, garantizando intervenciones más específicas que permitan el logro de objetivos en salud de manera sostenible con la mayor optimización de recursos para el asegurador, el prestador y el sistema en general.

Tal como lo describe Susan Garramone (78), gran parte de las personas con enfermedades crónicas concentran la mayoría de sus intervenciones en unidades de atención primaria, donde médicos generales, enfermeras y un grupo de profesionales interdisciplinarios definen el proceso real y cotidiano de esta población. Es así como las intervenciones encaminadas a la detección y diagnóstico temprano y oportuno, el primer abordaje, la referencia cuando está indicada y la continuidad y seguimiento del resultado en salud una vez se da la contrarreferencia, depende de la atención primaria, donde deberían establecerse las más importantes alianzas médico - paciente y prestador - asegurador.

Como se ha mencionado, la atención centrada en el paciente y con criterios de valor, medibles y aplicables, puede mejorar de manera más rápida y significativa el resultado, el logro de niveles de control de enfermedad más perdurables; reduciendo el uso inadecuado de recursos y la mayor destinación de los mismos asociados a complicaciones, escalamientos terapéuticos y necesidades de valoración por equipos o centros de mayor especialidad.

Para esto, es necesario que los modelos de contratación avancen hacia las atenciones enfocadas en los grupos relacionados por condición, que no busquen congregarse a las personas únicamente por su enfermedad, sino que reconozcan la diversidad de necesidades dentro de un mismo grupo de pacientes con una condición, pero que pueden fluctuar entre diferentes etapas de la enfermedad, con características sociales y personales particulares que pueden limitar

el cumplimiento de metas; donde el conocimiento del médico y el equipo asignados les permita una mejor toma de decisiones, conociendo el contexto y permitiéndoles llegar a la consecución del valor percibido. Del mismo modo, el conocimiento del médico de su población asignada permite una mayor sensación de cumplimiento de objetivos y de impacto en las acciones realizadas, fortaleciendo el compromiso con la atención y la garantía de resultados.

Garramone presenta cómo algunos sistemas de salud con un gran impacto en el uso de recursos, como *Medicare* y *Medicaid* en Estados Unidos, cuentan con programas de atención basada en el paciente los cuales les permiten a médicos e instituciones de salud participar en un modelo de incentivos, en los cuales se evalúa el resultado de la atención a partir de la óptica de las dimensiones que mayor valor podrían garantizar (78).

Dichas medidas adoptadas por la Ley de Acceso a *Medicare* (MACRA), que regula el proceso de pago de este sistema, formaliza la medición de "MIPS" entendidos como estándares basados en mérito para el pago de incentivos y los "APM" como estándares alternativos para el modelo de pago (79); los cuales reúnen los resultados del proceso de atención basada en valor; que mide cuatro categorías fundamentales y evaluables en la práctica: la calidad centrada en la satisfacción del paciente y la prevención de eventos adversos; el uso eficiente de recursos y los costos finales de la atención, registros de historias clínicas de calidad que incluso mencionan la interoperabilidad como estrategia central y las prácticas clínicas basadas en la evidencia. De tal forma que cada una de las dimensiones tiene un peso ponderado específico, que permite generar una puntuación final de la atención, la cual se traduce en el pago de un porcentaje de incentivo de acuerdo con el resultado final; todo esto evidenciando la existencia en la práctica cotidiana de la implementación de modelos basados en valor que permitan el añorado logro de la quintuple meta, la cual puede ser adaptada al modelo actual, fortaleciendo los resultados y generando un enfoque y percepción de trabajo conjunto factible y reflejado en atención de valor.





Discusión y conclusiones

El modelo de ABV propuesto inicialmente por Porter, brinda unas herramientas para la prestación de los servicios que pueden aportar a los diferentes modelos de atención en salud del mundo. Este modelo no es restrictivo ni inalterable, sino que se puede adaptar a cada contexto según las necesidades identificadas. A pesar de que en Colombia no existe una formalización o avance normativo o técnico científico del concepto del modelo de ABV, se han implementado algunos componentes que allanarían el terreno para su consolidación. Por ejemplo, en cuanto al establecimiento de los centros especializados por condiciones en salud y la integración de los servicios, se ha visto un avance importante con lo planteado a través de las rutas de atención integral (86). Estas buscan la consolidación de toda la prestación médica necesaria para la persona, sumado a la creación de clínicas especializadas en el manejo con equipos multidisciplinarios que buscan abarcar la integralidad de cada patología, como es el caso de las unidades renales, las clínicas expertas en manejo de VIH, artritis reumatoide, clínicas oncológicas, entre otros.

Estos centros especializados tienen la intención de contrarrestar la fragmentación de los servicios de salud, que ha sido una problemática que afecta las preferencias de la persona, ya que no pueden recibir todas las atenciones necesarias en un solo lugar. **Se busca integrar todas las especialidades y prestaciones que requiere una persona con una condición de salud;** sin embargo, al dividirlos por condiciones de salud se podría generar una nueva fragmentación por patologías, donde la persona no podrá ser atendida en una red particular, a menos que tenga un diagnóstico que le permita el ingreso a la misma. Además, en las personas con pluripatologías (87) se profundizaría la fragmentación al tener que asistir a diversas redes para el manejo de cada enfermedad. No obstante, esto puede corresponder a un error de aplicación no necesariamente conceptual. Por ejemplo, en atención primaria, Porter y Lee, mencionan que **las UPI se pueden construir por ciclos de vida o por tipos de pacientes que comparten las mismas condiciones,** por ejemplo, UPI de salud materno infantil (no se establece la agrupación por condición) o UPI de personas con multimorbilidad donde la integración se da por el tipo de paciente y no por condición. Las UPI que se encuentren concebidas en función de una condición médica deben desarrollar capacidades de coordinación con otras UPIs o con otros prestadores, para aquellas acciones que no prestan directamente. Lo importante aquí es la coordinación o articulación.

Por otra parte, existen oportunidades de mejora con el modelo de ABV respecto a la medición precisa de costos. Aunque existen reportes oficiales, como lo son los registros individuales de prestación de servicios de salud (RIPS), el reporte para el estudio de suficiencia para el cálculo de la unidad de pago por capitación (UPC), el sistema de información de precios de medicamentos (Sismed) y el ajuste de distribución de recursos para las enfermedades priorizadas a la Cuenta de Alto Costo, **no se tiene un sistema unificado que permita abordar y definir fácilmente el costo asociado a una enfermedad,** para así determinar cuáles son los desenlaces obtenidos por cada inversión realizada. Para empezar, es necesario que las instituciones inicien con la implementación de TDABC o por lo menos que cuenten con tarifas claras desde la perspectiva del pagador.

Se espera que al aplicar las recomendaciones del modelo de ABV y lograr una homogeneización en el sistema de costos por condiciones médicas, junto con una medida estandarizada de resultados, se pueda entender mejor el aprovechamiento de los recursos. Además, en relación con la contratación, el Decreto 441 de 2022 regula algunos aspectos generales en los acuerdos de voluntades entre pagadores, prestadores y proveedores, sin embargo, no es explícito en exigir que los pagos estén relacionados directamente con los resultados esperados por las personas (88).

En términos de resultados, existen diferentes reportes de indicadores que permiten conocer el estado de salud de la población, la calidad de algunos servicios y resultados clínicos de algunas enfermedades prio-

Este modelo
no es restrictivo ni inalterable,
sino que se puede **adaptar**
a cada contexto
según las necesidades identificadas.
A pesar de que en Colombia no existe
una formalización o avance normativo
o técnico científico del concepto.

rizadas. Sin embargo, las preferencias de las personas no se han incluido en todo el proceso de atención ni en la medición de resultados. En la propuesta del modelo de ABV, sobre pagar según resultados, se abordan varias dificultades, a saber: las personas no tienen los conocimientos técnicos necesarios para definir cuál es el principal resultado en salud y por el cual se pagaría, es decir, no se trata solamente de la satisfacción de la persona relacionado con su experiencia como lo planteado en los PROMS o los PREMS, sino que se debe acordar cuales son los desenlaces esperados concertados entre los expertos clínicos y la sociedad en general. Siendo así, si se pudiera medir el cumplimiento de esos resultados a la luz del sistema de costeo mencionado. En segundo lugar, existe una proporción de resultados no deseados de las prestaciones o atenciones, que no dependen en su totalidad del proveedor de servicios, sino que están en el margen de error planteado desde la oferta. Al momento de pagar por resultados, esas atenciones que no cumplan el efecto esperado deben ser pagadas o asumidas por el prestador o proveedor, lo cual implica un cambio importante de mentalidad y compromete directamente la calidad de la atención y de las tecnologías. De igual manera, el enfoque en medir resultados debe ser acotado considerando los siguientes aspectos: los ajustes por riesgo realizados para corregir sesgos en la selección, la posible manipulación de los datos en el proceso de atención, la necesidad de evitar intervenciones agresivas a corto plazo que generen resultados inmediatos pero perjudiciales a largo plazo, la importancia de no desatender lo que no se mide y la necesidad de preservar las motivaciones intrínsecas de los médicos y el equipo multidisciplinario.

En relación con ampliar la cobertura geográfica de los servicios, existe un potencial importante en el país, dado que gran parte de las brechas encontradas en términos de salud, están en las regiones con zonas de difícil acceso, baja densidad demográfica y escasez en la prestación. Y adicionalmente, **el país se beneficiaría de unificar un sistema de información que facilite la recopilación y el análisis de los datos, que estaría conectado con la medición de los costos y de resultados.** Sin embargo, la heterogeneidad del país, de sus vías de acceso, del acceso a los servicios básicos y de la demanda específica, constituyen un reto para la implementación y viabilidad.



Finalmente, es importante resaltar que el modelo ha evolucionado por más de 15 años en el mundo. No obstante, aún no se ha logrado obtener una definición que se difunda e implemente de forma estandarizada, ni se ha integrado a todos los diferentes tipos de atención ni en todos los niveles. Algunas de las dificultades descritas son: la variedad en las necesidades de cada persona que impiden una estandarización para todos los casos, las enfermedades raras que no cuentan con patrones o comportamientos fáciles de establecer, las personas con pluripatología que dificulta la diferenciación de los costos, los elevados precios de crear un registro unificado de historia clínica y de medición de costos; el riesgo de crear unas mediciones que generen competencia y sean manipulables; asumir que se puede predecir el tratamiento que va a necesitar una población, lo cual en muchos casos solo se conoce durante o posterior a la atención; la existencia de múltiples sistemas de información en los prestadores de salud, que implica estandarizar una única historia o crear sistemas interoperables con un elevado costo de adaptación; considerar que las personas escogerán el prestador con mejores resultados en salud, dado que se ha evidenciado que se tiene en cuenta otros criterios como la cercanía o el costo de atención (89); la modificación de las políticas de contratación de los aseguradores, la transformación de los modelos de negocio de los prestadores cuando reciben pagos por paquete de atención, la estandarización de la medición de resultados, la coordinación entre prestadores para el manejo de comorbilidades, el ajuste por riesgo, la innovación de los mecanismos de pago, entre otros.

Para concluir, el modelo de ABV tiene el potencial de abordar las diferentes problemáticas del sistema de atención en salud de Colombia, a través de la inclusión de las preferencias de las personas en todos los procesos, en aras de mejorar los resultados en salud, sin embargo, requiere de un gran trabajo en conjunto por parte de todos los actores del sistema para implementarlo de manera real, en todos los contextos diversos en gestión como los mencionados por la ubicación geográfica.



Retos del modelo de atención basado en valor

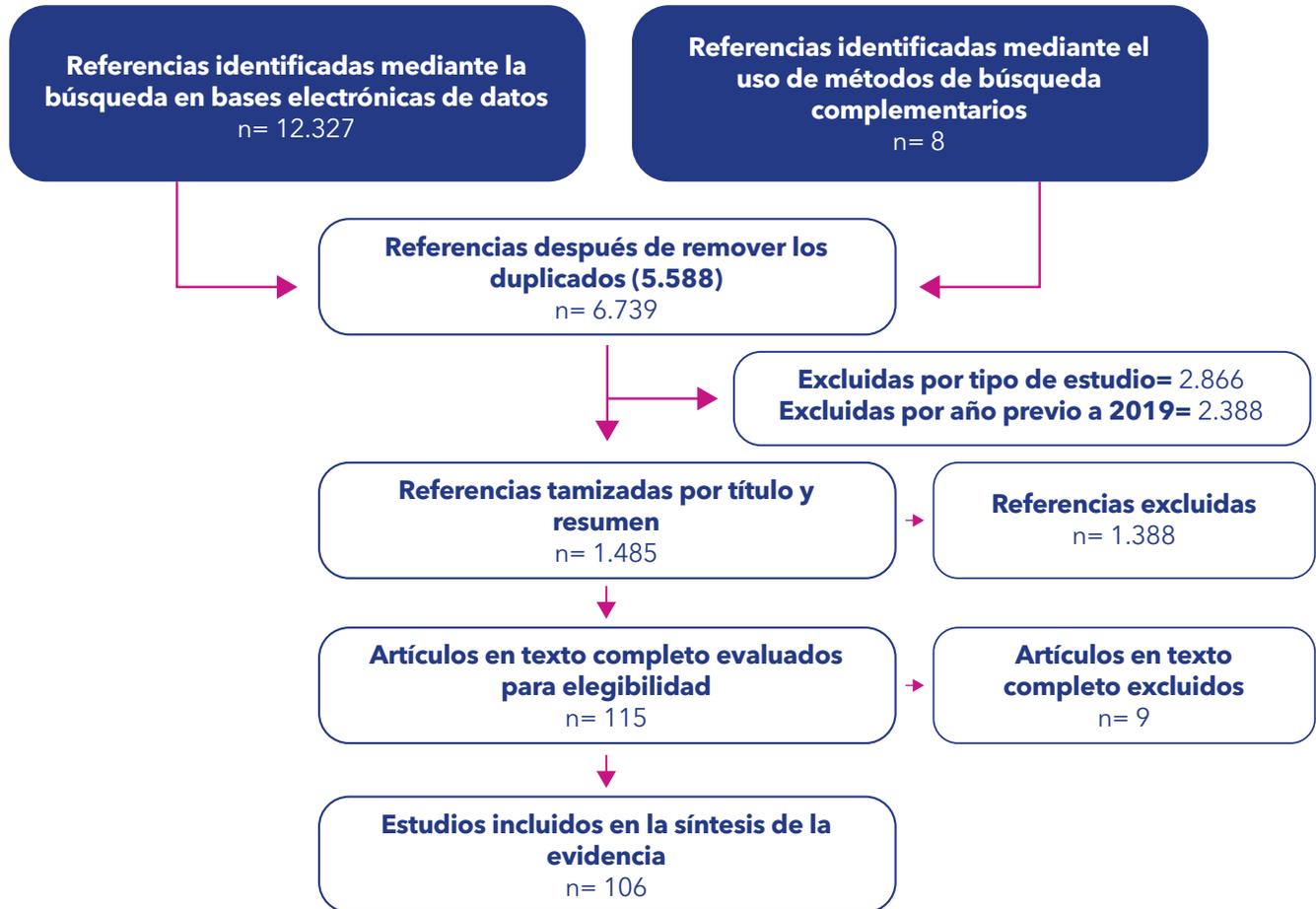
- **Enfrentar la diversidad de conceptos relacionados con el modelo**, a través de la generación de un marco conceptual claro y unificado que incluya una agenda clara de implementación, unas medidas estandarizadas de costos y de resultados (incluyendo medidas clínicas, PROMS y PREMS) (90).
- **Difusión y apropiación**. Difusión del marco conceptual, los componentes, objetivos, de las mediciones del modelo en todos los actores del sistema de salud y sobre todo en las personas.
- **Priorizar los intereses de los pacientes**. Situar los intereses de los pacientes por encima de los propios intereses de todos los actores del sistema (91). No se trata solo de conocer las preferencias de las personas en todos los procesos de atención, sino de priorizar esos intereses por encima de las conveniencias de los profesionales de la salud, los proveedores y los aseguradores.
- **Trascender en los desenlaces en salud**. Cambiar la mentalidad sobre la evaluación de desenlaces en salud. Al implementar una medición de resultados en salud (clínicas, PROMS, PREMS), se debe asegurar que el médico tratante, el profesional de salud, el equipo de atención, el prestador de servicios en salud, y en general, el actor evaluado, entienda el objetivo de la medición: que es mejorar los resultados en salud y que pueda transformar los resultados en mejoras en todo el proceso de atención (91).
- **Interoperabilidad y gobernanza de datos**. Es crucial abordar aspectos relacionados con la interoperabilidad, la gobernanza de datos, la seguridad, la privacidad y la ética para permitir la agregación de datos a nivel local, regional y nacional. Con el aumento de datos disponibles, es necesario prepararse para integrar y utilizar registros médicos electrónicos, datos administrativos, registros de salud pública, sensores biométricos, aplicaciones de salud móvil y diversas fuentes de datos para fortalecer la importancia de las preferencias y la experiencia del paciente en el cuidado de la salud (45).
- Necesidad explícita de **diseñar e implementar modelos de gestión alineados** al concepto de ABV considerando las particularidades del país.
- **Generar investigación que valide su implementación**. Abordar los diferentes elementos del modelo de ABV y generar investigación que valide su implementación en el país. Se recomienda iniciar la aplicación del modelo por medio de pruebas piloto que intervengan patologías específicas (70).

Anexos

Anexo 1. Estrategias de búsqueda de la evidencia en las bases de datos electrónicas

Base de datos	Estrategia de búsqueda	Resultados
Pubmed	<p>((<i>"Quality of life assessment"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Quality of life index"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Quality of life scale"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Value-based purchasing"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Bundled payments for care cycles"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Integrated care delivery"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Integrated information technology platform"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Integrated Practice Units"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Outcomes Measurement"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Patient Reported Measures"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Patient Reported Outcomes Measures"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Patient-Reported Experience Measures"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Reimbursement models"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Time-driven activity-based costing for costing"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"value driven"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Value Measurement"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Value-Based Health Care Delivery"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"value-based insurance design"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Value-based pricing"</i>[Title/Abstract])) AND ((<i>"Value Measures"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"Value Measures"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Patient Reported Outcomes"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Patient Reported Outcomes"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"Value in primary care"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"Value in primary care"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Value-Based Health Care Organizations"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Value-Based Health Care Organizations"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"Value based care"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"Value based care"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Value health care"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Value health care"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"Value-based health care"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"Value-based health care"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Value-based health insurance"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"Value-based health insurance"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"VBHC"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"VBHC"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"value-based"</i>[Title/Abstract])OR(<i>"value-based"</i>[MeSHTerms])OR(<i>"Healthinsurance"</i>[MeSHTerms])OR(<i>"Healthinsurance"</i>[Title/Abstract])OR(<i>"Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire"</i>[Title/Abstract])OR(<i>"Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"Quality of life questionnaire"</i>[MeSH Terms]) OR (<i>"Quality of life questionnaire"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"health technology assessment"</i>[Title/Abstract]) OR (<i>"health technology assessment"</i>[MeSH Terms])) Filters: from 2009 - 2024</p>	5.184
Epistemonikos	<p>((title:(<i>"Quality of life assessment"</i>) OR abstract:(<i>"Quality of life assessment"</i>)) OR (title:(<i>"Quality of life index"</i>) OR abstract:(<i>"Quality of life index"</i>)) OR (title:(<i>"Quality of life scale"</i>) OR abstract:(<i>"Quality of life scale"</i>))OR(title:(<i>"Value-based purchasing"</i>)ORabstract:(<i>"Value-based purchasing"</i>))OR(title:(<i>"Bundled payments for care cycles"</i>) OR abstract:(<i>"Bundled payments for care cycles"</i>)) OR (title:(<i>"Integrated care delivery"</i>)ORabstract:(<i>"Integrated care delivery"</i>))OR(title:(<i>"Integrated information technology platform"</i>) OR abstract:(<i>"Integrated information technology platform"</i>)) OR (title:(<i>"Integrated Practice Units"</i>) OR abstract:(<i>"Integrated Practice Units"</i>)) OR (title:(<i>"Outcomes Measurement"</i>) OR abstract:(<i>"Outcomes Measurement"</i>)) OR (title:(<i>"Patient Reported Measures"</i>) OR abstract:(<i>"Patient Reported Measures"</i>)) OR (title:(<i>"Patient Reported Outcomes Measures"</i>) OR abstract:(<i>"Patient Reported Outcomes Measures"</i>))OR (title:(<i>"Patient-Reported Experience Measures"</i>) OR abstract:(<i>"Patient-Reported Experience Measures"</i>)) OR (title:(<i>"Reimbursement models"</i>) OR abstract:(<i>"Reimbursement models"</i>)) OR (title:(<i>"Time-driven activity-based costing for costing"</i>) OR abstract:(<i>"Time-driven activity-based costing for costing"</i>)) OR (title:(<i>"value driven"</i>) OR abstract:(<i>"value driven"</i>)) OR (title:(<i>"Value Measurement"</i>) OR abstract:(<i>"Value Measurement"</i>)) OR (title:(<i>"Value-Based Health Care Delivery"</i>) OR abstract:(<i>"Value-Based Health Care Delivery"</i>)) OR (title:(<i>"value-based insurance design"</i>) OR abstract:(<i>"value-based insurance design"</i>)) OR (title:(<i>"Value-based pricing"</i>) OR abstract:(<i>"Value-based pricing"</i>))) AND ((title:(<i>"Value Measures"</i>) OR abstract:(<i>"Value Measures"</i>)) OR (title:(<i>"Patient Reported Outcomes"</i>) OR abstract:(<i>"Patient Reported Outcomes"</i>)) OR (title:(<i>"Value in primary care"</i>) OR abstract:(<i>"Value in primary care"</i>)) OR (title:(<i>"Value-Based Health Care Organizations"</i>) OR abstract:(<i>"Value-Based Health Care Organizations"</i>)) OR (title:(<i>"Value based care"</i>) OR abstract:(<i>"Value based care"</i>)) OR (title:(<i>"Value health care"</i>) OR abstract:(<i>"Value health care"</i>)) OR (title:(<i>"Value-based health care"</i>) OR abstract:(<i>"Value-based health care"</i>)) OR (title:(<i>"Value-based health insurance"</i>) OR abstract:(<i>"Value-based health insurance"</i>)) OR (title:(<i>"VBHC"</i>) OR abstract:(<i>"VBHC"</i>)) OR (title:(<i>"value-based"</i>) OR abstract:(<i>"value-based"</i>)) OR (title:(<i>"Health insurance"</i>) OR abstract:(<i>"Health insurance"</i>)) OR (title:(<i>"Quality of Life Enjoyment AND Satisfaction Questionnaire"</i>) OR abstract:(<i>"Quality of Life Enjoyment AND Satisfaction Questionnaire"</i>)) OR (title:(<i>"Quality of life questionnaire"</i>) OR abstract:(<i>"Quality of life questionnaire"</i>)) OR (title:(<i>"health technology assessment"</i>) OR abstract:(<i>"health technology assessment"</i>))</p>	299
LILACS	<p>(Basado en valor) AND (evaluación de tecnología sanitaria) OR (Atención Médica Basada en Valor) OR (Compra Basada en Valor) OR (Seguro de Salud Basado en Valor) OR (Calidad de Vida)</p>	329

Anexo 2. Resumen de la revisión de la literatura



Adaptado de: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. BMJ 2021;372:n71.

Anexo 3. Lista de los artículos incluidos

#	Autor	País	Año	Revista/Organización	Título	Url
1	Abraham, M. et al.	Estados Unidos	2019	<i>The Annals of Family Medicine</i>	<i>Contribution of the Transforming Clinical Practice Initiative in Advancing the Movement to Value-Based Care.</i>	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6827664
2	AMCP Partnership Forum	Estados Unidos	2019	<i>Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy</i>	<i>AMCP Partnership Forum: Integrated Delivery Networks' Role in Pharmaceutical Value-Based Agreements.</i>	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10397791
3	Arnould, B. et al.	Francia	2019	<i>Quality of Life Research</i>	<i>26th Annual conference of the International Society for Quality 2019: "Sizing the gap and designing the bridge: Initial recommendations".</i>	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31485912/
4	Augustovski, F. et al.	Argentina	2019	<i>Value in Health</i>	<i>Current Policy and Practice for Value-Based Pricing.</i>	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(19)32138-2/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301519321382%3Fshowall%3Dtrue



Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

#	Autor	País	Año	Revista/ Organización	Título	Url
5	Bjorner, J.B.	Dinamarca, Estados Unidos	2021	Psychometrika	Solving the Tower of Babel Problem for Patient-Reported Outcome Measures Comments on: Linking Scores with Patient-Reported Health Outcome Instruments: A Validation Study and Comparison of Three Linking Methods.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34145529/#full-view-affiliation-2
6	Casalino, L.P. et al.	Estados Unidos	2019	Journal of the American Medical Association (JAMA)	Value-Based Purchasing and Physician Professionalism.	https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2752028
7	Cella, D. et al.	Nueva Zelanda	2022	Patient Related Outcome Measures	A Patient Reported Outcome Ontology: Conceptual Issues and Challenges Addressed by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System(®)(PROMIS(®)).	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9390886
8	Ciani, O. et al.	Inglaterra	2020	Clinical Therapeutics	Value Lies in the Eye of the Patients: The Why, What, and How of Patient-reported Outcomes Measures.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31932079/
9	Counts, N. et al.	Estados Unidos	2019	Healthc(Amst)	(Expected) value-based payment: From total cost of care to net present value of care.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6684199
10	Dawda, P. et al.	Australia	2022	The Medical Journal of Australia	Creating person-centred health care value together.	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.5694/mja2.51531
11	De Rosi, S.	Italia	2023	International Journal of Health Planning and Management	Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: Opening the black box adapting the framework of Donabedian.	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.3732
12	Dom Dera, J.	Estados Unidos	2021	Family Practice Management	How to Succeed in Value-Based Care.	https://www.aafp.org/pubs/fpm/issues/2021/1100/p25.html
13	Dorr, M.C. et al.	Holanda	2022	Health Research Policy and Systems	Quality improvements of healthcare trajectories by learning from aggregated patient-reported outcomes: a mixed-methods systematic literature review.	https://health-policy-systems.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12961-022-00893-4
14	Fiscella, K. et al.	Estados Unidos	2019	The Journal of Ambulatory Care Management	Confronting the Post-ACA American Health Crisis: Designing Health Care for Value and Equity.	https://dx.doi.org/10.1097/JAC.0000000000000278
15	Flynn, R. et al.	Canadá, Inglaterra	2020	International Journal of Qualitative Methods	Developing an Initial Program Theory to Explain How Patient-Reported Outcomes Are Used in Health Care Settings: Methodological Process and Lessons Learned.	https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1609406920916299
16	Gangannagaripalli, J. et al.	Reino Unido	2022	The Patient - Patient-Centered Outcomes Research	A Standard Set of Value-Based Patient-Centered Outcomes and Measures of Overall Health in Adults.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9095515/
17	Garrison, L. et al.	Estados Unidos	2019	Value in Health	Novel Approaches to Value Assessment Within the Cost-Effectiveness Framework.	https://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2019.04.1915
18	Garrison, L.P. et al.	Estados Unidos	2019	Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy	A strategy to support efficient development and use of innovations in personalized medicine and precision medicine.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10398297/
19	Gilardino, R. et al.	Estados Unidos	2021	Value in Health	PMU43 Value-Based Pricing in Colombia: The Devil Is in the Details.	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(21)00972-4/fulltext
20	Gondi, S. et al.	Estados Unidos	2022	The New England Journal of Medicine	"Reaching" for Equity - Moving from Regressive toward Progressive Value-Based Payment.	https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp2204749
21	Hammert, W.C. et al.	Estados Unidos	2020	The Journal of Hand Surgery	Understanding PROMIS.	https://www.jhandsurg.org/article/S0363-5023(20)30153-2/abstract

Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

#	Autor	País	Año	Revista/Organización	Título	Url
22	Hernández, F. et al.	Colombia	2021	Value in Health	PNS31 Transition to Value Based Healthcare in Latin America: A Situation Analysis.	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(21)01103-7/fulltext
23	Ho, P. et al.	Estados Unidos	2020	Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes	Value in Healthcare Special Issue.	https://dx.doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.120.006817
24	Horvath, K.A.	Estados Unidos	2021	The Annals of Thoracic Surgery	Finding the Value in Value-Based Care.	https://www.annalsthoracicsurgery.org/article/S0003-4975(21)00571-3/fulltext
25	Iglesia, E.G.A. et al.	Estados Unidos	2020	Annals of Allergy, Asthma & Immunology	Achieving the Quadruple Aim to deliver value-based allergy care in an ever-evolving health care system.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32289524/
26	Johnson, E.	Estados Unidos	2019	Manage Care	What We Talk About When We Talk About Value-Based Care.	https://www.optum.com/content/dam/optum3/optum/en/resources/white-papers/optum-advisory-services-provider-white-paper-talking-about-value-based-care.pdf
27	Jommi, C. et al.	Italia	2020	Clinical Therapeutics	Implementation of Value-based Pricing for Medicines.	https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(19)30567-3/fulltext
28	Kaltenboeck, A. et al.	Estados Unidos	2020	Clinical Pharmacology & Therapeutics	Grounding Value-Based Drug Pricing in Population Health.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31953850/
29	Kaltoft, M.K. et al.	Dinamarca	2019	Stud Health Technol Inform	PROMs Need PRIMs: Standardised Outcome Measures Lack the Preference-Sensitivity Needed in Person-Centred Care.	https://ebooks.iospress.nl/publication/51693
30	Kamal-Bahl, S. et al.	Estados Unidos	2019	Value in Health	Specific Value Assessment Considerations.	https://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2019.04.1920
31	Kannarkat, J. et al.	Estados Unidos	2020	Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy	Examining Misaligned Incentives for Payers and Manufacturers in Value-Based Pharmaceutical Contracts.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10390966
32	Kannarkat, J. et al.	Estados Unidos, Inglaterra	2020	Value in Health	Value-Based Pharmaceutical Contracts: Value for Whom?	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(19)35181-2/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301519351812%3Fshowall%3Dtrue
33	Kay, J. et al.	Estados Unidos	2021	The American Journal of Managed Care	Value-Based management of specialty drugs: Practical considerations and implications for pharmacy.	https://www.ajmc.com/view/value-based-management-of-specialty-drugs-practical-considerations-and-implications-for-pharmacy
34	Kee, A. et al.	Estados Unidos	2019	American Journal of Medical Quality	Value-Based Contracting: Challenges and Opportunities.	https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1062860619862756
35	Kenny, C. et al.	Irlanda, Estados Unidos	2023	AIMS Public Health	"Mind the Gap" - An overview of the role of the Extensions Community Healthcare Outcomes (ECHO) model in enhancing value in health care delivery.	http://dx.doi.org/10.3934/publichealth.2023008
36	Krack, G.	Alemania	2019	The European Journal of Health Economics	How to make value-based health insurance designs more effective? A systematic review and meta-analysis.	https://link.springer.com/article/10.1007/s10198-019-01046-1
37	Krutka, A.	Estados Unidos	2023	Journal of Pain and Symptom Management	Houston, We Have a Solution! What You Need to Know About the VBID Benefit Hospice Component Pilot (TH102B).	https://www.jpsmjournals.com/article/S0885-3924(22)01052-1/fulltext
38	Lexchin, J.	Canadá	2020	Canadian Medical Association Journal	Who assigns value in value-based insurance design?	https://www.cmaj.ca/content/cmaj/192/1/E15.full.pdf
39	Lopez, M. et al.	Estados Unidos	2020	Health Aff (Millwood)	Paying For Value From Costly Medical Technologies: A Framework For Applying Value-Based Payment Reforms.	https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2019.00771?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Acrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed
40	Marcotte, L. et al.	Estados Unidos	2019	Primary Care: Clinics in Office Practice	Prevention as a Population Health Strategy.	https://dx.doi.org/10.1016/j.pop.2019.07.004



Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

#	Autor	País	Año	Revista/ Organización	Título	Url
41	Maron, J.L.	Estados Unidos	2020	<i>Clinical Therapeutics</i>	<i>The Shared Responsibility of Implementing Value-based Health Care.</i>	https://www.clinicaltherapeutics.com/article/S0149-2918(19)30589-2/fulltext#%20
42	Mazzucato, M. et al.	Estados Unidos, Inglaterra	2019	<i>Journal of Economic Policy Reform</i>	<i>Rethinking value in health innovation: <i> from mystifications towards prescriptions </i>.</i>	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17487870.2018.1509712
43	Meadows, K.A.	Holanda, Inglaterra	2022	<i>Quality of Life Research</i>	<i>A philosophical perspective on the development and application of patient-reported outcomes measures (PROMs).</i>	https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-021-03016-8
44	Mesana, L. et al.	Estados Unidos	2019	<i>Value in Health</i>	<i>Payer perspectives on patient reported outcomes measures for reimbursement decision-making in the United States.</i>	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(19)30219-0/fulltext
45	Metz, C. et al.	Estados Unidos	2022	<i>Value in Health</i>	<i>Common patient-reported outcomes within the food and drug administration voice of the patient reports.</i>	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(22)00193-0/fulltext
46	Moreno, S. et al.	España, Suiza	2019	<i>Journal of Market Access & Health Policy</i>	<i>The price of innovation - the role of drug pricing in financing pharmaceutical innovation. A conceptual framework.</i>	http://dx.doi.org/10.1080/20016689.2019.1583536
47	Murry, L.	Estados Unidos	2023	<i>Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy</i>	<i>Beyond satisfaction in person-centered pharmacy services.</i>	http://dx.doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100355
48	Navathe, A. et al.	Estados Unidos	2020	<i>Journal of the American Medical Association (JAMA)</i>	<i>Alternative payment models-victims of their Own Success?</i>	https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2767680
49	Norton, E.C. et al.	Estados Unidos	2022	<i>Medical Decision Making</i>	<i>Medicare's Hospital Value-Based Purchasing Program Values Quality over QALYs.</i>	https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0272989X211017105?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%200pubmed
50	Nuño-Solinis, R	España	2019	<i>International Journal of Integrated Care</i>	<i>Advancing Towards Value-Based Integrated Care for Individuals and Populations.</i>	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6896840/
51	Ollendorf, D. et al.	Estados Unidos	2019	<i>Value in Health</i>	<i>Practical Next Steps in Improving Value Measurement and Use.</i>	https://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2019.04.1913
52	Pearson, S. et al.	Estados Unidos	2019	<i>Value in Health</i>	<i>New Cost-Effectiveness Methods to Determine Value-Based Prices for Potential Cures: What Are the Options?</i>	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(19)30075-0/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301519300750%3Fshowall%3Dtrue
53	Pittman, P. et al.	Estados Unidos	2021	<i>Nursing Administration Quarterly</i>	<i>Value-Based Payment: What Does It Mean for Nurses?</i>	https://journals.lww.com/naqjournal/abstract/2021/07000/value_based_payment_what_does_it_mean_for_nurses_3.aspx
54	Rogge, A. et al.	Alemania	2022	<i>Anesthesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie: AINS</i>	<i>Patient-reported Outcome Measures (PROMs) and Patient-reported Experience Measures (PREMs).</i>	https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/a-1452-2788
55	Sacristán, J. et al.	España	2020	<i>Gaceta Sanitaria</i>	<i>¿Qué es una intervención sanitaria eficiente en España en 2020?</i>	https://www.gacetasanitaria.org/es-linkresolver-que-es-una-intervencion-sanitaria-S02139111930175X
56	Safran, D.G.	Estados Unidos	2019	<i>Medical Care</i>	<i>Feasibility and Value of Patient-reported Outcome Measures for Value-based Payment.</i>	https://journals.lww.com/lww-medicalcare/citation/2019/03000/feasibility_and_value_of_patient_reported_outcome.1.aspx
57	Schneider, J. et al.	Estados Unidos	2019	<i>Value in Health</i>	<i>PNS340 The Theory Of Contracts And Warranties: Implications For Outcomes-Based Contracting.</i>	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(19)34618-2/fulltext
58	Shrank, W.H. et al.	Estados Unidos	2020	<i>Journal of the American Medical Association (JAMA)</i>	<i>Hospice Carve-In - Aligning Benefits with Patient and Family Needs.</i>	https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2767026

Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

#	Autor	País	Año	Revista/ Organización	Título	Url
59	Sidey-Gibbons, C. et al.	Inglaterra, Estados Unidos	2019	Quality of Life Research	Routine provision of information on patient-reported outcomes measures to healthcare providers and patients in clinical practice: a Cochrane systematic review.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8509115/
60	Strazzabosco, M. et al.	Estados Unidos	2020	Liver International	Value-based medicine, a compass to guide healthcare decisions in the COVID-19 aftermath.	https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/liv.14605
61	Swart, E. et al.	Estados Unidos	2020	Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy	Using the Delphi method to identify meaningful and feasible outcomes for pharmaceutical value-based contracting.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10391215
62	Takami, A. et al.	Japón	2023	Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes	Value elements and methods of value-based pricing for drugs in Japan: a systematic review.	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14737167.2023.2223984
63	Tan, Y.H. et al.	Singapur	2023	Singapore Medical Journal	Patient-reported outcome measures and value-based medicine in paediatrics: a timely review.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10219120/
64	Taub, P. et al.	Estados Unidos	2019	Population Health Management	Minding Your Ps, Qs, and Rs: Recommendations for Population Health.	https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/pop.2018.0058?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rfr_dat=cr_pub++0pubmed
65	Towse, A.	Reino Unido	2022	Value in Health	Real Option Value: Should We Opt in or out?	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(22)02182-9/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301522021829%3Fshowall%3Dtrue
66	Tremblay, G. et al.	Estados Unidos	2024	Journal of Medical Economics	Value-based pricing: a potential solution to difficult pricing discussions and payers' negotiations.	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13696998.2024.2317119
67	Valencia-Mayer, C.	Colombia	2019	Revista Salud Bosque	Atención en salud basada en el valor: retos y oportunidades.	https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/article/view/2806/2242
68	Van Den Berg, S. et al.	Holanda	2022	International Journal of Technology Assessment in Health Care	The Assessment Of The Price Of A Medicine: The Possible Application Of Cost-Based Pricing Methods.	https://www.ntvg.nl/artikelen/boekbeoordeling-van-de-prijs-van-een-geneesmiddel?check_logged_in=1
69	Van der Nat, P.B.	Holanda	2022	Health Services Management Research	The new strategic agenda for value transformation.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9277321/
70	Van Engen, V. et al.	Holanda	2023	Patient Education and Counseling	Identifying consensus on activities that underpin value-based healthcare in outpatient specialty consultations, among clinicians.	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738399123000228?via%3Dihub
71	Van Hoorn, E.S. et al.	Holanda	2023	International Journal of Health Policy and Management	Value-Based integrated care: a systematic literature review.	https://www.ijhpm.com/article_4558_65d864b535deeda374a29461decb7c2d.pdf
72	Vanier, A. et al.	Canadá, Escocia, Estados Unidos, Francia, Holanda	2020	Quality of Life Research	Response shift in Patient-Reported Outcomes Measures: a formal definition and a revised model.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8602159/
73	Wagner, O. et al.	Suiza	2022	International Journal of Technology Assessment in Health Care	Fair drug pricing: review of literature and models.	https://www.cambridge.org/core/journals/international-journal-of-technology-assessment-in-health-care/article/pp123-fair-drug-pricing-review-of-literature-and-models/C00E1562AB9F36BD51A3BBF501C605A1
74	Willke, R. et al.	Estados Unidos	2019	Value in Health	New Approaches to Value Assessment: Towards More Informed Pricing in Healthcare-An Introduction.	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(19)32127-8/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301519321278%3Fshowall%3Dtrue



Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

#	Autor	País	Año	Revista/Organización	Título	Url
75	Willke, R. et al.	Estados Unidos	2019	<i>Value in Health</i>	Current Value Frameworks-What's New?	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(19)32131-X/fulltext?_returnURI=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS109830151932131X%3Fshowall%3Dtrue
76	Yeung, K.	Estados Unidos	2019	<i>Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy</i>	Value-Based Insurance Design: Current Evidence and Future Directions.	https://www.jmcp.org/doi/full/10.18553/jmcp.2019.25.7.738
77	Yeung, K. et al.	Canadá, Estados Unidos	2019	<i>Canadian Medical Association Journal</i>	Should national pharmacare apply a value-based insurance design?	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6645923/
78	Daub, S. et al.	Estados Unidos	2020	<i>American Psychological Association (APA)</i>	Preparing for a value-driven future.	https://psycnet.apa.org/record/2020-20111-006
79	Gibbons, D. et al.	Irlanda	2020	<i>Clinical Spine Surgery</i>	Advantages and Design of PROMIS Questionnaires.	https://journals.lww.com/jspinaldisorders/abstract/2020/12000/advantages_and_design_of_promis_questionnaires.4.aspx
80	Hickman, S.E. et al.	Estados Unidos	2022	<i>Journal of Gerontological Nursing</i>	Leveraging Value-Based Purchasing to Improve Advance Care Planning.	https://journals.healio.com/doi/10.3928/00989134-20220110-03?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%200pubmed
81	Liao, J. et al.	Estados Unidos	2021	<i>Journal of the American Medical Association (JAMA)</i>	A National Goal to Advance Health Equity Through Value-Based Payment.	https://dx.doi.org/10.1001/jama.2021.8562
82	Lisk, L.E. et al.	Estados Unidos	2023	<i>Clinical Nurse Specialist</i>	Medicare Overall Hospital Star Rating and Value Based Purchasing: What You Need to Know.	https://journals.lww.com/cns-journal/citation/2023/11000/medicare_overall_hospital_star_rating_and_value.3.aspx
83	Roman, S.H. et al.	Estados Unidos	2022	<i>American Journal of Medical Quality</i>	Value-Based Purchasing Programs (VBPs): Are the Quality Measures Used "Fit for Purpose"?	https://journals.lww.com/ajmqonline/abstract/2022/03000/value_based_purchasing_programs_vbps_are_the.9.aspx
84	Smith, A.W. et al.	Estados Unidos	2019	<i>Health Psychology</i>	Beyond methods to applied research: Realizing the vision of PROMIS®.	https://psycnet.apa.org/record/2019-23038-002
85	Navathe, A. et al.	Estados Unidos	2022	<i>Journal of the American Medical Association (JAMA)</i>	Aligning Value-Based Payments With Health Equity: A Framework for Reforming Payment Reforms.	https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2795498
86	Sandler, A.D.	Estados Unidos	2019	<i>Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics</i>	Value-Driven Care in Developmental-Behavioral Pediatrics, Part 1: The Value Proposition of Developmental-Behavioral Pediatrics.	https://journals.lww.com/jrnlbpb/abstract/2019/08000/value_driven_care_in_developmental_behavioral.10.aspx
87	Sandler, A.D.	Estados Unidos	2019	<i>Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics</i>	Value-Driven Care in Developmental-Behavioral Pediatrics, Part 2: Measuring Quality and Meeting the Challenge.	https://journals.lww.com/jrnlbpb/abstract/2019/08000/value_driven_care_in_developmental_behavioral.11.aspx
88	Porter, M., Teisberg, E.	Estados Unidos	2006	<i>Harvard Business School</i>	Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results.	https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20on%20Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf
89	Teisberg E, Wallace S, O'Hara S.	Estados Unidos	2020	<i>Acad Med.</i>	Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework.	https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31833857/
90	Porter, M., Lee, T.	Estados Unidos	2015	<i>The New England Journal of Medicine</i>	Why Strategy Matters Now.	https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMp1502419
91	Porter, M., Teisberg, E.	Estados Unidos	2010	<i>The New England Journal of Medicine</i>	What Is Value in Health Care?	https://vbhc.nhs.wales/images/helpful-materials/porter-me-what-is-value-in-health-care-2010/
92	Mjåset, C. et al.	Estados Unidos	2020	<i>The New England Journal of Medicine</i>	Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems.	https://vbhc.nhs.wales/files/value-based-health-care-in-four-different-health-care-systems/
93	Mathes, T. et al.	Alemania	2019	<i>Cochrane Library</i>	Pay for performance for hospitals.	https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011156.pub2/full?highlightAbstract=based%7Cvalu%7Cvalue%7Cbase

Anexo 3. Lista de los artículos incluidos (continuación)

#	Autor	País	Año	Revista/Organización	Título	Url
94	Wither, K. et al.	Gales	2020	Quality of Life Research	First steps in PROMs and PREMs collection in Wales as part of the prudent and value-based healthcare agenda.	https://vbhc.nhs.wales/files/first-steps-in-proms-and-prems-collection-dec-2020-pdf/
95	Lewis S.	Reino Unido	2022	Future Healthcare Journal	Value-based healthcare: is it the way forward?	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9761467/
96	Gentry S, Badrinath P.	Inglaterra	2017	Cureus	Defining Health in the Era of Value-based Care: Lessons from England of Relevance to Other Health Systems.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5383371/
97	Barrubés J. et al	España	2019	Antares Consulting	Value Based Healthcare. De la teoría a la acción.	https://www.antares-consulting.com/wp-content/uploads/2020/12/7-Value-Based-HealthCare-2019.pdf
98	Paulden M.	Canadá	2024	Pharmacoeconomics	A Framework for the Fair Pricing of Medicines.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10810971/
99	Kaltenboeck, A	Estados Unidos	2020	Value in Health	Pharmaceutical Products and Their Value: Lessons Learned and the Path Ahead.	https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301520300486
100	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud	Colombia	2023	Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS)	Manual metodológico para la definición de la categoría de valor terapéutico en el marco del Artículo 72 de la Ley 1753/2015.	https://www.iets.org.co/wp-content/uploads/2023/04/Manual-metodologico-para-la-definicion-de-la-categoria-de-valor-terapeutico-en-el-marco-del-articulo-72-de-la-Ley-1753-2015.pdf
101	The Committee on Environment, Public Health and Food Safety (ENVI) of the European Parliament	Austria	2015	European Parliament	Towards a harmonised EU assessment of the added therapeutic value of medicines.	https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/STUD/2015/542219/IPOL_STU%282015%29542219_EN.pdf
102	Caicedo, C. et al.	Colombia	2017	Revista Unisanitas	Hacia la atención en salud basada en el valor: Revisión de la literatura.	https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/282/208
103	European Commission		2019	European Commission	Defining Value in "Valuebased Healthcare".	https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/024_defining-value-vbhc_en_0.pdf
104	García Elorrio E. et al.	Argentina	2021	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)	Hacia la salud basada en valor en Latinoamérica. Reporte de mejores prácticas y guía de implementación.	https://iecs.org.ar/departamentos_trashed/calidad-de-atencion-medica-y-seguridad-del-paciente-2/comunidad-de-salud-basada-en-valor/
105	García Elorrio E. et al.	Argentina	2023	Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS)	Acuerdos de salud basada en valor. Recomendaciones para su implementación en el sistema de salud Argentino.	https://cicsp.org/wp-content/uploads/2023/11/Acuerdos-de-salud-2023v33-2.pdf
106	Fernández-Salido M. et al	España	2024	International Journal of Environmental Research and Public Health	Value-based healthcare delivery a scoping review.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10888410/

Anexo 4. Distribución de los artículos incluidos según el tipo de estudio

Tipo de estudio	n	%
Revisión narrativa	95	89,62
Revisión sistemática	6	5,66
Consenso	4	3,77
Grupo focal	1	0,94
Guía de práctica clínica	0	0,00
Cohorte	0	0,00
Corte transversal	0	0,00
Ensayo clínico	0	0,00
Total	106	100,00



Anexo 5. Lista de artículos excluidos por texto completo y las causas de exclusión

#	Autor	Año	Título	Url	Motivo
1	Eijsink, J.F.H. et al.	2023	Value-based health care in Western countries: a scoping review on the implementation of patient-reported-outcomes sets for hospital-based interventions.	https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14737167.2023.2136168	No se puede acceder al texto completo.
2	Melberg, H.O.	2019	Value in Health: How It Is Defined and Used in Priority Setting and Pricing in Norway.	https://www.longwoods.com/content/25929/healthcarepapers/value-in-health-how-it-is-defined-and-used-in-priority-setting-and-pricing-in-norway	No se puede acceder al texto completo.
3	Skerritt, B. et al.	2019	ICHOM's methodology for the development and implementation of standard sets to improve quality of care.	https://scholar.google.com/citations?view_op=list_works&hl=en&hl=en&user=niBpBJIAAAAJ	No se puede acceder al texto completo.
4	Trenaman, L. et al.	2021	Patients' perspectives on value in Medicare's hospital value-based purchasing program: a pilot study.	https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0272989X211003571?journalCode=mdma	No se puede acceder al texto completo.
5	Van der Werf, L. et al.	2023	HPR25 An assessment of value-based health care elements in Colombia.	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(23)01272-X/abstract	No se puede acceder al texto completo.
6	Costa, Z. et al.	2021	Validación brasileña de los bancos de ítems Disturbio del Sueño y Disturbio de la Vigilia en el Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS).	https://www.scielo.br/j/csp/a/lmtH7JGTsMjPVhDpdpqRGTd/abstract/?lang=es	Es una validación del sistema de información de un PROM. No aporta conceptos teóricos.
7	Bozic, K. J. et al.	2019	Value-based healthcare: Improving outcomes through patient activation and risk factor modification.	https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6903833/pdf/abjs-477-2418.pdf	Se enfoca en cirugía ortopédica.
8	Borga, P.	2020	A Review of Recently Proposed Policy Innovation in the US Aimed at Driving the Implementation of VALUE-Based Pricing Agreements.	https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(20)34328-X/fulltext	Es un artículo que trata sobre la ley Stark en Estados Unidos, no aporta al concepto de valor.
9	Fenwick, E. et al.	2020	Value of Information Analysis for Research Decisions-An Introduction: Report 1 of the ISPOR Value of Information Analysis Emerging Good Practices Task Force.	https://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2020.01.001	Es un artículo sobre valor de la información. No se relaciona con salud ni aporta al concepto de valor.

Anexo 6. Evaluación de la calidad de la evidencia

6.1. Revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis

Escala: AMSTAR II	
Interpretación de la calidad	
Alta	Cero o una debilidad no crítica: la revisión sistemática proporciona una información precisa y resumen completo de los resultados de los estudios disponibles que abordan la cuestión de interés.
Moderada	Más de una debilidad no crítica: la revisión sistemática tiene más de una debilidad, pero sin defectos críticos. Proporciona un resumen preciso de los resultados de los estudios disponibles que se incluyeron en la revisión.
Baja	Un defecto crítico con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene una crítica falla y puede no proporcionar un resumen exacto y completo de la disponibilidad estudios que abordan la cuestión de interés.
Críticamente baja	Más de un defecto crítico con o sin debilidades no críticas: la revisión tiene más de un defecto crítico y no se debe confiar en ella para proporcionar una resumen completo de los estudios disponibles.

6.1. Revisiones sistemáticas con o sin meta-análisis (continuación)

Título del artículo	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Quality improvements of healthcare trajectories by learning from aggregated patient-reported outcomes: a mixed-methods systematic literature review.</i>	Criticamente baja
<i>Developing an Initial Program Theory to Explain How Patient-Reported Outcomes Are Used in Health Care Settings: Methodological Process and Lessons Learned.</i>	Criticamente baja
<i>Value elements and methods of value-based pricing for drugs in Japan: a systematic review.</i>	Criticamente baja
<i>Value-Based integrated care: a systematic literature review.</i>	Baja
<i>How to make value-based health insurance designs more effective? A systematic review and meta-analysis.</i>	Baja
<i>Pay for performance for hospitals.</i>	Alta

6.2. Consenso sin metodología Delphi

Escala: Lista de chequeo del JBI para artículos basados en opinión de expertos	
Interpretación de la calidad	
Alta calidad	Puntuación ≥ 5 puntos
Media calidad	Puntuación ≥ 3 puntos y < 5 puntos
Baja calidad	Puntuación ≤ 2 puntos

Título del artículo	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Defining Value in "Valuebased Healthcare".</i>	Alta calidad

6.3. Consenso con metodología Delphi

Escala: Evaluación de atributos propuesta por Paré G. et al.	
Título del artículo	Resultado de la evaluación de la calidad (porcentaje de cumplimiento de los atributos)
<i>A Standard Set of Value-Based Patient-Centered Outcomes and Measures of Overall Health in Adults.</i>	40,91
<i>Using the Delphi method to identify meaningful and feasible outcomes for pharmaceutical value-based contracting.</i>	22,73
<i>Identifying consensus on activities that underpin value-based healthcare in outpatient specialty consultations, among clinicians.</i>	22,73

6.4. Revisiones narrativas

Escala: SANRA	
Interpretación de la calidad	
Alta calidad	Puntuación promedio de 2 puntos
Buena calidad	Puntuación promedio 1 y < 2 puntos
Baja calidad	Puntuación promedio 0 y < 1 puntos



6.4. Revisiones narrativas (continuación)

Título del artículo	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Houston, We Have a Solution! What You Need to Know About the VBID Benefit Hospice Component Pilot (TH102B).</i>	Baja calidad
<i>Who assigns value in value-based insurance design?</i>	Baja calidad
<i>26th Annual conference of the International Society for Quality 2019: "Sizing the gap and designing the bridge: Initial recommendations".</i>	Baja calidad
<i>Solving the Tower of Babel Problem for Patient-Reported Outcome Measures Comments on: Linking Scores with Patient-Reported Health Outcome Instruments: A Validation Study and Comparison of Three Linking Methods.</i>	Baja calidad
<i>AMCP Partnership Forum: Integrated Delivery Networks' Role in Pharmaceutical Value-Based Agreements.</i>	Baja calidad
<i>Value-Based Purchasing and Physician Professionalism.</i>	Baja calidad
<i>Current Policy and Practice for Value-Based Pricing.</i>	Baja calidad
<i>Specific Value Assessment Considerations.</i>	Buena calidad
<i>Contribution of the Transforming Clinical Practice Initiative in Advancing the Movement to Value-Based Care.</i>	Buena calidad
<i>Creating person-centred health care value together.</i>	Buena calidad
<i>Finding the Value in Value-Based Care.</i>	Buena calidad
<i>Hospice Carve-In - Aligning Benefits with Patient and Family Needs.</i>	Buena calidad
<i>Value in Healthcare Special Issue.</i>	Buena calidad
<i>What We Talk About When We Talk About Value-Based Care.</i>	Buena calidad
<i>Confronting the Post-ACA American Health Crisis: Designing Health Care for Value and Equity.</i>	Buena calidad
<i>"Reaching" for Equity - Moving from Regressive toward Progressive Value-Based Payment.</i>	Buena calidad
<i>PROMs Need PRIMs: Standardised Outcome Measures Lack the Preference-Sensitivity Needed in Person-Centred Care.</i>	Buena calidad
<i>Value-Based Contracting: Challenges and Opportunities.</i>	Buena calidad
<i>The Shared Responsibility of Implementing Value-based Health Care.</i>	Buena calidad
<i>New Approaches to Value Assessment: Towards More Informed Pricing in Healthcare-An Introduction.</i>	Buena calidad
<i>A Patient Reported Outcome Ontology: Conceptual Issues and Challenges Addressed by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System(®) (PROMIS(®)).</i>	Buena calidad
<i>Value Lies in the Eye of the Patients: The Why, What, and How of Patient-reported Outcomes Measures.</i>	Buena calidad
<i>(Expected) value-based payment: From total cost of care to net present value of care.</i>	Buena calidad
<i>Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: Opening the black box adapting the framework of Donabedian.</i>	Buena calidad
<i>How to Succeed in Value-Based Care.</i>	Buena calidad
<i>Novel Approaches to Value Assessment Within the Cost-Effectiveness Framework.</i>	Buena calidad
<i>A strategy to support efficient development and use of innovations in personalized medicine and precision medicine.</i>	Buena calidad
<i>Understanding PROMIS.</i>	Buena calidad
<i>Achieving the Quadruple Aim to deliver value-based allergy care in an ever-evolving health care system.</i>	Buena calidad
<i>Implementation of Value-based Pricing for Medicines.</i>	Buena calidad
<i>Grounding Value-Based Drug Pricing in Population Health.</i>	Buena calidad
<i>Examining Misaligned Incentives for Payers and Manufacturers in Value-Based Pharmaceutical Contracts.</i>	Buena calidad
<i>Value-Based Pharmaceutical Contracts: Value for Whom?</i>	Buena calidad
<i>Paying For Value From Costly Medical Technologies: A Framework For Applying Value-Based Payment Reforms.</i>	Buena calidad
<i>Prevention as a Population Health Strategy.</i>	Buena calidad
<i>Rethinking value in health innovation: <i> from mystifications towards prescriptions </i>.</i>	Buena calidad
<i>A philosophical perspective on the development and application of patient-reported outcomes measures (PROMs).</i>	Buena calidad
<i>The price of innovation - the role of drug pricing in financing pharmaceutical innovation. A conceptual framework.</i>	Buena calidad
<i>Beyond satisfaction in person-centered pharmacy services.</i>	Buena calidad
<i>Alternative payment models-victims of their Own Success?</i>	Buena calidad

6.4. Revisiones narrativas (continuación)

Título del artículo	Resultado de la evaluación de la calidad
<i>Medicare's Hospital Value-Based Purchasing Program Values Quality over QALYs.</i>	Buena calidad
<i>Advancing Towards Value-Based Integrated Care for Individuals and Populations.</i>	Buena calidad
<i>Practical Next Steps in Improving Value Measurement and Use.</i>	Buena calidad
<i>New Cost-Effectiveness Methods to Determine Value-Based Prices for Potential Cures: What Are the Options?</i>	Buena calidad
<i>Value-Based Payment: What Does It Mean for Nurses?</i>	Buena calidad
<i>Patient-reported Outcome Measures (PROMs) and Patient-reported Experience Measures (PREMs).</i>	Buena calidad
<i>¿Qué es una intervención sanitaria eficiente en España en 2020?</i>	Buena calidad
<i>Feasibility and Value of Patient-reported Outcome Measures for Value-based Payment.</i>	Buena calidad
<i>Value-based medicine, a compass to guide healthcare decisions in the COVID-19 aftermath.</i>	Buena calidad
<i>Patient-reported outcome measures and value-based medicine in paediatrics: a timely review.</i>	Buena calidad
<i>Minding Your Ps, Qs, and Rs: Recommendations for Population Health.</i>	Buena calidad
<i>Real Option Value: Should We Opt in or out?</i>	Buena calidad
<i>Value-based pricing: a potential solution to difficult pricing discussions and payers' negotiations.</i>	Buena calidad
<i>Atención en salud basada en el valor: retos y oportunidades.</i>	Buena calidad
<i>The Assessment Of The Price Of A Medicine: The Possible Application Of Cost-Based Pricing Methods.</i>	Buena calidad
<i>The new strategic agenda for value transformation.</i>	Buena calidad
<i>Response shift in Patient-Reported Outcomes Measures: a formal definition and a revised model.</i>	Buena calidad
<i>Current Value Frameworks-What's New?</i>	Buena calidad
<i>Value-Based Insurance Design: Current Evidence and Future Directions.</i>	Buena calidad
<i>Should national pharmacare apply a value-based insurance design?</i>	Buena calidad
<i>Preparing for a value-driven future.</i>	Buena calidad
<i>Advantages and Design of PROMIS Questionnaires.</i>	Buena calidad
<i>Leveraging Value-Based Purchasing to Improve Advance Care Planning.</i>	Buena calidad
<i>A National Goal to Advance Health Equity Through Value-Based Payment.</i>	Buena calidad
<i>Value-Based Purchasing Programs (VBPs): Are the Quality Measures Used "Fit for Purpose"?</i>	Buena calidad
<i>Beyond methods to applied research: Realizing the vision of PROMIS®.</i>	Buena calidad
<i>Aligning Value-Based Payments With Health Equity: A Framework for Reforming Payment Reforms.</i>	Buena calidad
<i>Value-Driven Care in Developmental-Behavioral Pediatrics, Part 1: The Value Proposition of Developmental-Behavioral Pediatrics.</i>	Buena calidad
<i>Value-Driven Care in Developmental-Behavioral Pediatrics, Part 2: Measuring Quality and Meeting the Challenge.</i>	Buena calidad
<i>Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results.</i>	Buena calidad
<i>Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework.</i>	Buena calidad
<i>Why Strategy Matters Now.</i>	Buena calidad
<i>What Is Value in Health Care?</i>	Buena calidad
<i>Value-Based Health Care in Four Different Health Care Systems.</i>	Buena calidad
<i>First steps in PROMs and PREMs collection in Wales as part of the prudent and value-based healthcare agenda.</i>	Buena calidad
<i>Value-based healthcare: is it the way forward?</i>	Buena calidad
<i>Defining Health in the Era of Value-based Care: Lessons from England of Relevance to Other Health Systems.</i>	Buena calidad
<i>Value Based Healthcare. De la teoría a la acción.</i>	Buena calidad
<i>A Framework for the Fair Pricing of Medicines.</i>	Buena calidad
<i>Pharmaceutical Products and Their Value: Lessons Learned and the Path Ahead.</i>	Buena calidad
<i>Towards a harmonised EU assessment of the added therapeutic value of medicines.</i>	Buena calidad



6.4. Revisiones narrativas (continuación)

Título del artículo	Resultado de la evaluación de la calidad
Hacia la salud basada en valor en Latinoamérica. Reporte de mejores prácticas y guía de implementación.	Buena calidad
<i>PMU43 Value-Based Pricing in Colombia: The Devil Is in the Details.</i>	Buena calidad
<i>PNS31 Transition to Value Based Healthcare in Latin America: A Situation Analysis.</i>	Buena calidad
<i>Common patient-reported outcomes within the food and drug administration voice of the patient reports.</i>	Buena calidad
Manual metodológico para la definición de la categoría de valor terapéutico en el marco del Artículo 72 de la Ley 1753/2015.	Alta calidad
Acuerdos de salud basada en valor. Recomendaciones para su implementación en el sistema de salud Argentino.	Alta calidad
Hacia la atención en salud basada en el valor: Revisión de la literatura.	Alta calidad
<i>Value-based healthcare delivery a scoping review.</i>	Alta calidad
<i>"Mind the Gap" - An overview of the role of the Extensions Community Healthcare Outcomes (ECHO) model in enhancing value in health care delivery.</i>	Alta calidad
<i>Payer perspectives on patient reported outcomes measures for reimbursement decision-making in the United States.</i>	Alta calidad
<i>PNS340 The Theory Of Contracts And Warranties: Implications For Outcomes-Based Contracting.</i>	Alta calidad
<i>Routine provision of information on patient-reported outcomes measures to healthcare providers and patients in clinical practice: a Cochrane systematic review.</i>	Alta calidad
<i>Fair drug pricing: review of literature and models.</i>	Alta calidad
<i>Medicare Overall Hospital Star Rating and Value Based Purchasing: What You Need to Know.</i>	Alta calidad

Referencias bibliográficas

1. Jordan K, Lewis TP, Roberts B. Quality in crisis: a systematic review of the quality of health systems in humanitarian settings. *Confl Health* [en línea]. 2021;15(1):1-13. Disponible en: <https://conflictandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13031-021-00342-z>
2. Organización de Naciones Unidas (ONU). La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible [en línea]. 2015. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>
3. Organización de Naciones Unidas (ONU). The Sustainable Development Goals Report 2022 [en línea]. 2022. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/>
4. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Heal* [en línea]. 2018;6(11):e1196-252. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(18\)30386-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(18)30386-3/fulltext)
5. OCDE. Panorama de la Salud 2019: OCDE indicadores. Conifarma [en línea]. 2020;243. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/Panorama-de-la-Salud-2019.pdf>
6. Porter, M. E. & Teisberg EO. Redefining Health Care: Creating Value-based Competition on Results [en línea]. Harvard Business School Press. 2006. Disponible en: [https://www.hbs.edu/ris/Publication Files/20060502 NACDS - Final 05012006 for On Point_db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf](https://www.hbs.edu/ris/Publication%20Files/20060502%20NACDS%20-%20Final%2005012006%20for%20On%20Point%20db5ede1d-3d06-41f0-85e3-c11658534a63.pdf)
7. Quinn K. The 8 Basic Payment Methods in Health Care. *Ann Intern Med* [en línea]. 2015;163(4):300-+. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26259075/>
8. IECS. Hacia la Salud Basada en Valor en Latinoamérica [en línea]. 2021. Disponible en: <https://www.iecs.org.ar/wp-content/uploads/IECS-Reporte-Final-Toolkit-FINAL.pdf>
9. IECS. Acuerdos de salud basada en valor: Recomendaciones para su implementación en el sistema de salud Argentino [en línea]. 2023. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/1EXllqnyGsZ8iyx2guXwpTCqSM3PAa0Mz/view>
10. Raspe H. Value based health care (VbHC): woher und wohin? *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes* [en línea]. 2018;130:8-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1865921717301873>
11. Porter ME, Teisberg EO. How physicians can change the future of health care. *Jama* [en línea]. 2007;297(10):1103-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17356031/>
12. Porter ME. Value-based health care delivery. *Ann Surg* [en línea]. 2008;248(4):503-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18936561/>
13. Porter ME. A Strategy for Health Care Reform – Toward a Value-Based System. *N Engl J Med* [en línea]. 2009;361:109-12. Disponible en: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp0904131>
14. Teisberg EO, Wallace S. Creating a High-Value Delivery System for Health Care. *Semin Thorac Cardiovasc Surg* [en línea]. 2009;21(1):35-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1053/j.semtcvs.2009.03.003>
15. Caicedo Montaña C, Gómez Rivadeneira A, Díaz Garzón F, Muñoz Escobar Á, Isaza Ruget M. Hacia la atención en salud basada en el valor: revisión de la literatura [en línea]. Vol. 20, *Revista Médica Sanitas*. 2017. Disponible en: <https://revistas.unisanitas.edu.co/index.php/rms/article/view/282>
16. Teisberg E, Wallace S, O'Hara S. Defining and Implementing Value-Based Health Care: A Strategic Framework. *Acad Med* [en línea]. 2020;95(5):682-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7185050/>
17. Booth A, Carroll C. Systematic searching for theory to inform systematic reviews: Is it feasible? Is it desirable? *Health Info Libr J*. 2015;32(3):220-35.
18. Higgins J, Thomas J. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 6.1 [en línea]. 2020. Disponible en: <https://training.cochrane.org/handbook>
19. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *Int J Surg*. 2021;88(March).



20. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 429 de 2016 [en línea]. 2016. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_0429_de_2016.pdf
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 2626 de 2019 [en línea]. 2019. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución_No.2626_de_2019.pdf
22. Sotelo-Daza J, Ramos-Valencia OA, Galarza-Iglesias AM. Experiencias en implementación de rutas integrales de atención en salud en Cauca. Un estudio cualitativo. Salud UIS [en línea]. 2023;55(1). Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/13124>
23. Jaime G, Salazar Á. Crisis de la salud en Colombia limitantes del acceso al derecho fundamental a la salud de los adultos mayores. Rev CES Derecho [en línea]. 2016;(2). Disponible en: <https://revistas.ces.edu.co/index.php/derecho/article/view/4073>
24. Suárez-Rozo LF, Puerto-García S, Rodríguez-Moreno LM, Ramírez-Moreno J. La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación. Rev Gerenc y Polit Salud [en línea]. 2017;16(32):34-50. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsa/article/view/19879>
25. Navarro-Vargas R, Rincón-Valenzuela D, Eslava-Schmalbach J. Research in Latin America. Rev Chil Anest [en línea]. 2023;52(3):257-9. Disponible en: <https://revistachilenadeanestesia.cl/revchilanestv5220031508/>
26. Cuenta de Alto Costo (CAC). Magnitud, tendencia y acceso a los servicios de salud en las personas con enfermedades de alto costo 2022 [en línea]. 2024. Disponible en: <https://cuentadealtocosto.org/wp-content/uploads/2024/04/final-mta-2023.pdf>
27. Fernández-Salido M, Alhambra-Borrás T, Casanova G, Garcés-Ferrer J. Value-Based Healthcare Delivery: A Scoping Review. Int J Environ Res Public Health. 2024;21(2).
28. Rosis S de. Performance measurement and user-centeredness in the healthcare sector: Opening the black box adapting the framework of Donabedian. Int J Health Plann Manage. 2023.
29. Dera JDOM, Afp FA, Chan RON. How to succeed in Value-Based Care. Am Acad Fam Physicians [en línea]. 2021; Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/fpm/issues/2021/1100/p25.html>
30. Nundy S, Cooper LA MK. The Quintuple Aim for Health Care Improvement A New Imperative to Advance Health Equity. JAMA [en línea]. 2022;327:521-2. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2788483>
31. Jillian Sweeney, Geoffrey Soutar AW y LJ. "Generación de elementos de valor de consumo: un enfoque de proceso de entrevista paralela. Asoc para la Investig del Consum [en línea]. 1996;108-15. Disponible en: <https://www.tcrwebsite.org/volumes/11556/volumes/ap02/AP-02>
32. Sheth JN, Newman BI, Gross BL. Why we buy what we buy: A theory of consumption values: Discovery service for air force Institute of Technology. J Bus Res [en línea]. 1991;22(2):159-70. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/0148-2963\(91\)90050-8](https://doi.org/10.1016/0148-2963(91)90050-8)
33. Gentry S, Badrinath P. Defining Health in the Era of Value-based Care: Lessons from England of Relevance to Other Health Systems. Cureus [en línea]. 2017;9(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5383371/>
34. Ripari N, Elorza M, Nebel M. Costos de enfermedades : clasificación y perspectivas de análisis. Rev Cienc Salud [en línea]. 2017;15(1):49-58. Disponible en: <https://revistas.urosario.edu.co/xml/562/56249528005/html/index.html>
35. Augustovski F, McClellan MB. Current Policy and Practice for Value-Based Pricing. VALUE Heal. 2019;22(6):S4-6.
36. Porter ME TH. The big Idea. The Strategy that Will Fix Health Care. Harv Bus Rev [en línea]. 2013;(June). Disponible en: <https://hbr.org/2013/10/the-strategy-that-will-fix-health-care>
37. Van der Nat PB. The new strategic agenda for value transformation. Heal Serv Manag Res. 2022;35(3):189-93.
38. Bustamante-Salazar AM. Costeo basado en actividades -ABC: revisión de literatura. Rev CEA [en línea]. 2015;1(1):109-19. Disponible en: <https://revistas.itm.edu.co/index.php/revista-cea/article/view/72>
39. Porter ME. Measuring Health Outcomes: The Outcome Hierarchy. Supplementary Appendix 2 to: What is Value in Health Care? N Engl J Med. 2010;363:26.
40. Hincapié D. Clasificación de los desenlaces en los ensayos clínicos. Rev la Esc Ciencias la Salud la Univ Pontif Bolív [en línea]. 2019; Disponible en: <https://revistas.upb.edu.co/index.php/medicina/article/view/640>

41. Bull C, Byrnes J, Hettiarachchi R, Downes M. A systematic review of the validity and reliability of patient-reported experience measures [en línea]. Vol. 54, Health Services Research. 2019. p. 1023-35. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31218671/>
42. Glenngård AH, Anell A. Process measures or patient reported experience measures (PREMs) for comparing performance across providers? A study of measures related to access and continuity in Swedish primary care. Prim Heal Care Res Dev [en línea]. 2018;19(1):23-32. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6452977/#:~:text=PREMs were better than process,may be the preferred option>
43. Murry LT, Desselle SP. Beyond satisfaction in person-centered pharmacy services. Explor Res Clin Soc Pharm [en línea]. 2023;12(October):100355. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100355>
44. Cella D, Hays RD. A Patient Reported Outcome Ontology: Conceptual Issues and Challenges Addressed by the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System® (PROMIS®). Patient Relat Outcome Meas. 2022;Volume 13(July):189-97.
45. Ciani O, Federici CB. Value Lies in the Eye of the Patients: The Why, What, and How of Patient-reported Outcomes Measures. Clin Ther. 2020;42(1):25-33.
46. Flynn R, Schick-Makaroff K, Levay A, Greenhalgh J. Developing an Initial Program Theory to Explain How Patient-Reported Outcomes Are Used in Health Care Settings: Methodological Process and Lessons Learned. Int J Qual METHODS. 2020;19.
47. ICHOM. Standard Sets [en línea]. Boston: International Consortium for Health Outcomes Measurement. 2019. Disponible en: <https://www.ichom.org/>
48. Cossio-Gil Y, Omara M, Watson C, Casey J, Chakhunashvili A, Gutiérrez-San Miguel M, et al. The Roadmap for Implementing Value-Based Healthcare in European University Hospitals—Consensus Report and Recommendations. Value Heal [en línea]. 2022;25(7):1148-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.11.1355>
49. NHI. National Institutes of Health. 2019. HealthMeasures - PROMIS. Disponible en: <https://www.healthmeasures.net/index.php>
50. Choudhery S, Hanson AL, Stellmaker JA, Ness J, Chida L CA. Basics of time-driven activity-based costing (TDABC) and applications in breast imaging. Br J Radiol [en línea]. 2021;94(1119). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33237826/>
51. Abraham MR, McGann P. Contribution of the transforming clinical practice initiative in advancing the movement to value-based care. Ann Fam Med. 2019;17:S6-8.
52. Abbott M, Alspach C, Bain A, Brummel A, Buelt L, Carroll D, et al. AMCP partnership forum: Integrated delivery networks' role in pharmaceutical value-based agreements. J Manag Care Spec Pharm. 2019;25(5):526-31.
53. Gondi S. "Reaching" for Equity - Moving from Regressive toward Progressive Value-Based Payment. N Engl J Med. 2022;97-9.
54. Iglesia EGA, Greenhawt M, Shaker MS. Achieving the Quadruple Aim to deliver value-based allergy care in an ever-evolving health care system. Ann ALLERGY ASTHMA Immunol. 2020;125(2):126-36.
55. Counts NZJDS. (Expected) value-based payment: From total cost of care to net present value of care. HHS Public Access. 2017;176(5):139-48.
56. Jommi C, Armeni P, Costa F, Bertolani A, Otto M. Implementation of Value-based Pricing for Medicines. Clin Ther. 2020;42(1):15-24.
57. Kamal-Bahl S, Towse A, Spurgin L, Danzon PM. Specific Value Assessment Considerations. Value Heal. 2019;22(6):S24-8.
58. Castaño RA, López Á, Marín FR, Moreano D, Prada SI. Modalidades prospectivas de pagos en salud: una propuesta de taxonomía. 2003;2999.
59. Marcotte LM. Prevention as a Population Health Strategy. Prim Care Clin Off Pract [en línea]. 2019;46:493-503. Disponible en: [https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543\(19\)30056-9/abstract](https://www.primarycare.theclinics.com/article/S0095-4543(19)30056-9/abstract)
60. Porter ME, Lee TH, Murray ACA. The Value-Based Geography Model of Care. NEJM Catal [en línea]. 2020;1(2). Disponible en: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.19.1130>
61. Johnson E. What We Talk About When We Talk About Value-Based Care [en línea]. Optum. 2019. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30883311/>
62. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Manual metodológico para la elaboración de evaluaciones de efectividad, seguridad y validez diagnóstica de tecnologías en salud [en línea]. 2022. Disponible en: https://www.iets.org.co/2022/03/23/manual-elaboracion-de-evaluaciones-de-efectividad-clinica/%0Ahttp://www.iets.org.co/Manuales/Manuales/Manual EyS_web_30 sep.pdf



63. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud - IETS. Manual metodológico para la definición de la categoría de valor terapéutico en el marco del Artículo 72 de la Ley 1753/2015. 2023; Disponible en: <https://www.iets.org.co/2023/04/24/manual-metodologico-para-la-definicion-de-la-categoria-de-valor-terapeutico/>
64. Gilardino R, Guarín D, Bustos MM, Forero JC. PMU43 VALUE-Based Pricing in Colombia: The Devil Is in the Details. *Value Heal* [en línea]. 2021;24(June):S152. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jval.2021.04.755>
65. Garrison LP, Towse A. A Strategy to Support Efficient Development and Use of Innovations in Personalized Medicine and Precision Medicine. *J Manag CARE Spec Pharm*. 2019;25(10):1082-7.
66. Dawda P, Janamian T, Wells L. Creating person-centred health care value together. *Med J Aust*. 2022;216(S10):S3-4.
67. Fiscella K. Confronting the Post - ACA American Health Crisis: Designing Health Care for Value and Equity. *J Ambul Care Manage*. 2019;42(3):202-10.
68. Dorr MC, van Hof KS, Jelsma JGM, Dronkers EAC, de Jong RJB, Offerman MPJ, et al. Quality improvements of healthcare trajectories by learning from aggregated patient-reported outcomes: a mixed-methods systematic literature review. *Heal Res POLICY Syst*. 2022;20(1).
69. Nature ÓS. 26th Annual Conference of the International Society for Quality of Life Research. *Qual Life Res*. 2019;28:1-190.
70. Castaño RA. Modalidades de atención y pago basadas en valor. *Rev la Asoc Colomb Empres Med Integr - Acemi*. 2019;22:102-9.
71. Comelles JM. La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. *Revis en Salud Pública* [en línea]. 1993;3(May):169-192. Disponible en: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:La+Utopia+de+la+atencion+integral+en+salud#0>
72. Franco Giraldo Á. Configuración de, modelos de salud y enfoques basados en la atención primaria en Latinoamérica. *Rev Gerenc y Polit Salud* [en línea]. 2020;19:22. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/28129>
73. Yepes Núñez J. Preferencias de estados de salud y medidas de utilidad. *Iatreia* [en línea]. 2011;24(4):365-77. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1805/180522525004.pdf>
74. Maron JL. The Shared Responsibility of Implementing Value-based Health Care. *Clin Ther* [en línea]. 2020;42(1):7-9. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2019.12.005>
75. Healthcare Improvement Scotland. What matters to you? [En línea]. Disponible en: <https://www.whatmatterstoyou.scot/>
76. Damara Gutnick, Christina Hamilton, Natalee Hill THE. MHVC_WMPTY Toolkit_V1.0_5-8-20 v1 SG.pdf | Con la tecnología de Box. 2020. p. 52.
77. Healthcare Improvement Scotland. Examples of how to ask what matters - What matters to you? [En línea]. Disponible en: <https://www.whatmatterstoyou.scot/examples/>
78. Garramone S. Physicians Office Resource. 2022. Meeting the Goals of Value-based Care in Chronic Disease Management. Disponible en: <https://www.physiciansofficersource.com/articles/point-of-care-testing/value-based-care-in-chronic-disease-management/>
79. American Academy of Family Physicians. Merit-based Incentive Payment System (MIPS) Alternative Payment Models (APMs), or MIPS APMs [en línea]. Disponible en: <https://www.aafp.org/family-physician/practice-and-career/getting-paid/mips-apms.html>
80. Planetree. Planetree. 2023. p. 2023 Healthcare is person-centered care. Disponible en: <https://www.planetree.org/our-approach>
81. Gómez A. Marco conceptual y legal sobre la gestión de riesgo en Colombia: Aportes para su implementación. *Monit Estratégico* [en línea]. 2014;(5):4-11. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/ia/ssa/articulo_1.pdf
82. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Gestión integral del riesgo en salud [en línea]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>
83. Kaltoft MK, Dowie J. PROMs need PRIMs: Standardised Outcome Measures Lack the Preference-Sensitivity Needed in Person-Centred Care. *Stud Health Technol Inform*. 2019;262:118-21.
84. Barrubés J, Honrubia L, Vicente M De, Nake A, Sopeña L, Vilardell C, et al. Value-Based Healthcare. De la teoría a la acción [en línea]. 2019. Disponible en: <https://www.antaes-consulting.com/wp-content/uploads/2020/12/7.-Value-Based-HealthCare-2019.pdf>

85. Hammert WC, Calfee RP. Understanding PROMIS. *J Hand Surg Am* [en línea]. 2020;45(7):650-4. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32370909/>
86. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Resolución 3202 de 2016. Manual metodológico para la elaboración e implementación de las Rutas Integrales de Atención en Salud - RIAS [en línea]. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/Manual-metodologico-rias.pdf>
87. Rivas Costa G, Domínguez Berjón MF, Astray Mochales J, Gènova Maleras R, Rodríguez Laso Á, Esteban Vasallo MD. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. Madrid, 2007. *Rev Esp Salud Publica* [en línea]. 2007;83(6):835-46. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272009000600007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
88. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Decreto 441 de 2022 [en línea]. 2022. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto.No.441.de.2022.pdf
89. Krohwinkel A, Mannerheim U, Rognes J, Winberg H. Value-based healthcare in theory and practice. 2021;(1):1-30. Disponible en: https://leadinghealthcare.se/wordpress/wp-content/uploads/2021/08/LHC_VBHC-Policy-Brief_210629.pdf
90. Bjorner JB. Solving the Tower of Babel Problem for Patient-Reported Outcome Measures: Comments on: Linking Scores with Patient-Reported Health Outcome Instruments: A Validation Study and Comparison of Three Linking Methods. *Psychometrika* [en línea]. 2021;86(3):747-53. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11336-021-09778-x>
91. Casalino LP, Khullar D. Value-Based Purchasing and Physician Professionalism. *JAMA-JOURNAL Am Med Assoc*. 2019;322(17):1647-8.
92. Enthoven AC, Tollen LA. Competition in health care: it takes systems to pursue quality and efficiency. *Health Aff (Millwood)*. 2005 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W5-420-33. doi: 10.1377/hlthaff.w5.420. PMID: 16148024.
93. Engels N, Bos WJW, De Bruijn A, et al. Santeon's lessons from a decade of implementing value-based health care. *NEJM Catal*. 2024;5:1.



Fondo Colombiano de
Enfermedades de Alto Costo

@cuentadealtocosto



www.cuentadealtocosto.org



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
MINISTERIO DE HACIENDA Y CRÉDITO PÚBLICO