

Medicina Basada en el Valor (Value-Based Health Care)

Marco conceptual, evidencia internacional e implementación en clínicas y hospitales

Autor: Dr. Carlos Alberto Díaz
Profesor Titular de Gestión Estratégica

Díaz, Carlos Alberto

Medicina basada en el valor = value-based health care : marco conceptual, evidencia internacional e implementación en clínicas y hospitales / Carlos Alberto Díaz. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : ISALUD, 2026.

Libro digital, PDF

Archivo Digital: descarga y online

ISBN 978-987-9413-93-7

1. Administración de la Salud. 2. Economía. 3. Costos. I. Título.
CDD 610

Medicina Basada en el Valor = value-based health care: marco conceptual, evidencia internacional e implementación en clínicas y hospitales © 2026 por Díaz, Carlos Alberto tiene licencia **CC BY-NC-ND 4.0**

Para ver una copia de esta licencia, visita
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



ISBN: 978-987-9413-93-7

Hecho el depósito que establece la Ley 11.723.

 EDICIONES
ISALUD

UNIVERSIDAD ISALUD
Venezuela 931 (1095)
CABA | Argentina
Tel./fax 011-5239-4000
www.isalud.edu.ar

Medicina Basada en el Valor (Value-Based Health Care)

Marco conceptual, evidencia internacional e implementación en clínicas y hospitales

e-book

Maestría en Economía y Gestión de la Salud
Universidad ISALUD

Director de la Especialidad. Dr. Carlos Alberto Díaz.

Autor: Dr. Carlos Alberto Díaz
Profesor Titular de Gestión Estratégica
saludbydiaz
carlosdiazssc@gmail.com

Julio 2026

Prefacio

Este texto reúne el material del seminario integrador de Medicina Basada en el Valor (Value-Based Health Care) dictado en la Maestría en Economía y Gestión de la Salud de la Universidad ISALUD. No pretende ser un tratado exhaustivo, sino una guía de trabajo: un recorrido que va desde los fundamentos conceptuales —la ecuación de valor de Porter y Teisberg, el quíntuple objetivo, las Unidades de Práctica Integrada— hasta la evidencia internacional más reciente sobre implementación, financiamiento y compra basada en valor.

Escribo estas páginas desde la gestión, no solo desde la cátedra. Durante años he acompañado procesos de transformación en instituciones de distinta complejidad, y esa experiencia atraviesa cada capítulo: en los casos de discusión, en el ejemplo del Sanatorio Sagrado Corazón, en las referencias al Vall d'Hebron, y en la insistencia —que el lector encontrará repetida bajo distintas formas— en que no hay transformación real del valor en salud si no se transforma primero a las personas que lo producen.

La Medicina Basada en el Valor no reemplaza a la medicina basada en la evidencia ni a la gestión técnico-profesional: las presupone. Tampoco es un simple mecanismo de pago o un eslogan de eficiencia. Es, ante todo, una forma de organizar el trabajo clínico alrededor de los resultados que importan al paciente, medidos con honestidad, y de asignar los recursos —escasos, siempre escasos— pensando simultáneamente en lo individual y en lo colectivo.

Este material está pensado para leerse de manera secuencial, aunque cada capítulo funciona también como unidad autónoma de consulta. Al final de cada bloque temático el lector encontrará elementos de discusión y aplicación práctica que buscan tender un puente entre el marco conceptual y los desafíos concretos de la gestión de clínicas, sanatorios y hospitales en la Argentina y en la región.

Agradezco a la Dirección de la Maestría, a la coordinación académica y a los estudiantes de las sucesivas cohortes que, con sus preguntas, han ido moldeando este texto.

*Dr. Carlos Alberto Díaz
Profesor Titular de Gestión Estratégica, Universidad ISALUD
Edición saludbydiaz — Julio 2026*

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar la lectura del libro, el estudiante de la Maestría en Economía y Gestión de la Salud estará en condiciones de:

El lector podrá:

- Definir la medicina basada en el valor (VBHC), la significancia del valor, no solo diferenciarla del pago por servicio y de la medicina basada en la evidencia.
- Explicar la ecuación de valor de Porter y Teisberg y su aplicación al ciclo completo de atención con sus modificaciones
- Describir el modelo de Unidades de Práctica Integrada (UPI) como forma organizativa del valor. Que son las que llevan adelante el valor.
- Distinguir CROM, PROM y PREM, y su rol en la medición de resultados.
- Analizar la evidencia internacional reciente sobre implementación de VBHC (modelos de financiación, de prestación, barreras y facilitadores).
- Discutir las lecciones aprendidas en procesos reales de implementación, incluyendo una experiencia de institución de alta complejidad integrada. Como el Vall d'Hebron y el Sanatorio Sagrado Corazón
- Relacionar el marco de VBHC con los desafíos de gestión de Hospitales públicos, prepagas, clínicas y sanatorios privados en la Argentina.
- Resolver seis casos del texto con todos los conceptos aprendidos.

1. Introducción: por qué hablar de valor en salud

Los sistemas de salud, en la Argentina y en el mundo, enfrentan una tensión estructural: contener el crecimiento del costo de la atención sin resignar calidad, mientras la población envejece, se acumulan enfermedades crónicas y la tecnología médica se vuelve más precisa y cara. Los costos aumentan más que la posibilidad de financiamiento. Si la cobertura no se limita es necesario integrar más recursos en el seguro de salud, en la distribución de los recursos públicos, o en los aportes-contribuciones vinculadas con el salario.

La brecha de financiamiento: por qué los costos crecen más rápido que los recursos

El envejecimiento poblacional, la acumulación de enfermedades crónicas y la incorporación creciente de tecnología médica de alta precisión y alto costo hacen que, en la enorme mayoría de los sistemas de salud, los costos de la atención aumenten de manera sistemática más rápido que la capacidad de financiamiento disponible para sostenerlos. Esta brecha no es un fenómeno coyuntural ni exclusivo de un país: es una tendencia estructural que atraviesa por igual a sistemas de salud públicos, de la seguridad social y privados, y que exige a cada sistema, tarde o temprano, tomar una decisión explícita frente a ella.

Si la cobertura de prestaciones no se limita de manera explícita —es decir, si no se decide qué queda dentro y qué queda fuera del conjunto de prestaciones financiadas—, la única forma de sostener esa

cobertura en el tiempo es integrar más recursos al sistema: ampliando lo que aporta el seguro de salud, redistribuyendo recursos públicos ya existentes hacia la salud, o incrementando los aportes y contribuciones vinculados al salario que financian la seguridad social. Cada una de estas tres vías, sin embargo, tiene límites políticos, económicos y sociales concretos, que conviene explicitar antes de asumir que basta con "conseguir más recursos" para resolver la brecha.

Alternativa	En qué consiste	Límite principal
Aumentar los aportes y contribuciones sobre el salario	Incrementar el porcentaje de la nómina salarial destinado a financiar obras sociales y seguridad social.	Eleva el costo laboral, con efectos negativos sobre el empleo formal y la competitividad.
Redistribuir recursos públicos (rentas generales)	Asignar una proporción mayor del presupuesto público total al sector salud, en detrimento de otras áreas.	Compite con otras prioridades sociales (educación, seguridad, infraestructura) dentro de un presupuesto acotado.
Ampliar la cobertura de seguros de salud voluntarios	Incentivar la contratación de prepagos o seguros complementarios privados por parte de quienes pueden pagarlos.	Tiende a profundizar la inequidad de acceso entre quienes pueden y no pueden pagar cobertura adicional.
Copagos y gasto de bolsillo	Trasladar una parte del costo directamente al paciente en el momento de recibir la prestación.	Desalienta la atención oportuna, especialmente en la población de menores recursos, y puede empeorar resultados a largo plazo.
Priorización explícita de la cobertura (evaluación de tecnologías sanitarias)	Decidir de manera transparente y con criterios de evidencia qué prestaciones se financian y cuáles no.	Exige una capacidad técnica e institucional de evaluación que muchos sistemas de salud todavía no han desarrollado plenamente.
Mancomunación de riesgo entre financiadores (reaseguro de alto costo)	Compartir el riesgo de los tratamientos de altísimo costo entre varios financiadores, en lugar de que cada uno lo asuma de manera aislada.	Requiere acuerdos institucionales complejos entre financiadores que compiten entre sí por los mismos afiliados.
Ganancias de eficiencia mediante VBHC	Generar más resultado de salud con los mismos recursos, reduciendo el	Sus resultados no son inmediatos: requiere una

Alternativa	En qué consiste	Límite principal
	desperdicio y la variabilidad descritos en la sección 5 de este documento.	inversión inicial y un horizonte de mediano plazo, como se desarrolla en la sección 11 de este documento.

Cuadro (síntesis). Alternativas frente a la brecha entre el crecimiento del costo de la atención y la capacidad de financiamiento disponible.

Las primeras seis alternativas de este cuadro comparten un rasgo común: todas ellas discuten cómo repartir una cantidad de recursos que, en gran medida, se da por fija —ya sea entre distintos actores de una misma fuente de financiamiento, o entre la salud y otras prioridades del gasto público o privado—. La séptima alternativa, la ganancia de eficiencia a través de la VBHC, es cualitativamente distinta: no discute cómo repartir los recursos existentes, sino cómo generar más valor de salud con la misma cantidad de recursos, atacando directamente el desperdicio y la variabilidad no justificada que, como se estimó en la sección 2 de este documento, puede representar hasta un 30% del gasto total en salud.

Esta es la razón por la cual la VBHC no debería presentarse, frente a un financiador o frente a una autoridad sanitaria, como una alternativa que compite con las demás vías de financiamiento, sino como la única de las siete alternativas que puede combinarse con cualquiera de las otras seis sin agravar sus límites respectivos: **una mayor eficiencia en el uso de los recursos hace más sostenible tanto un aumento de aportes salariales, como una redistribución de recursos públicos, como cualquier esquema de priorización explícita de la cobertura que la política sanitaria decida adoptar.**

Esa ganancia de eficiencia no es una promesa abstracta: se logra a través de cuatro mecanismos concretos, cada uno de ellos desarrollado en detalle a lo largo de esta master class.

- **Reduciendo el desperdicio y la variabilidad no justificada de la práctica clínica**, como se desarrolla en la sección 5 de este documento, que puede representar hasta un 30% del gasto total en salud.
- **Mejorando las compras de insumos, equipamiento y tecnología** con criterios de valor y no solo de precio, como se desarrolla en las secciones 8.2 a 8.5 sobre compra basada en el valor.
- **Premiando la calidad de la atención y los servicios integrados**, en lugar de premiar el volumen de prestaciones aisladas, mediante los modelos de pago por resultados y las Unidades de Práctica Integrada desarrolladas en la sección 6 de este documento.
- **Invirtiendo en mayor prevención y en atención primaria**, como se desarrolla en la sección 6.4 al organizar la atención primaria por ciclos de vida: anticipar y evitar la enfermedad, o detectarla tempranamente, es sistemáticamente más eficiente que tratar sus complicaciones una vez instaladas. En los pacientes de más de setenta años la evaluación y abordaje del riesgo gerontológico sería necesario para evitar gastos.

Estos cuatro mecanismos no son alternativos entre sí, sino complementarios, y es precisamente su combinación —y no la aplicación aislada de uno solo de ellos— lo que explica la magnitud del ahorro

potencial que la literatura internacional atribuye a la VBHC, como se retomará con evidencia específica en la sección 9 de este documento.

La atención en mayores requiere **transformar el modelo en su conjunto**, no solo ajustar procesos puntuales

La lógica de **prevención primaria** que funciona en otros ciclos de vida (sección 6.4) tiene **rendimiento decreciente** en este segmento, porque la mayoría ya convive con enfermedades crónicas instaladas

Frente a un cuadro que ya está presente, **la prevención primaria no sirve tanto como el diagnóstico precoz**: lo que genera valor es detectar tempranamente la descompensación o el deterioro funcional, cuando todavía se puede intervenir antes de una internación evitable o una pérdida irreversible de autonomía

El **paradigma dominante durante décadas** —el pago por prestación, por día-cama o por acto— **retribuye el volumen de servicios prestados, no los resultados obtenidos por el paciente. Un sistema que paga más cuando el paciente se complica, y no necesariamente más cuando el paciente mejora, tiene incentivos mal alineados con su propio propósito.** Para incentivar la medicina basada en valor, los financiadores debieran cambiar los incentivos en las formas de pago, relacionadas con el desempeño y la mejora en la calidad de vida de las personas.

La medicina basada en el valor (Value-Based Health Care, VBHC) propone invertir esa lógica: organizar la atención, medir los resultados y pagar en función de la salud efectivamente lograda por cada unidad de gasto. No es una moda de gestión ni una etiqueta de marketing institucional: es un cambio de modelo mental que exige gestión por procesos, mejora continua, atención centrada en la persona, continuidad asistencial y nuevas formas de pago. Requiere, sobre todo, liderazgo clínico y gerencial capaz de sostener un cambio adaptativo —no meramente técnico— en cómo los equipos de salud entienden su trabajo.

1.1. El valor no es uno solo

Un error frecuente al hablar de valor en salud es reducirlo a una sola dimensión —habitualmente, la forma de pago— o a un único beneficiario. En rigor, el valor generado por un sistema de atención basado en resultados no es uno solo: se reparte, de manera distinta pero simultánea, entre el paciente, el financiador, la institución prestadora, la comunidad y el Estado. Reconocer esta multiplicidad de beneficiarios es importante para la gestión, porque cada uno de ellos exige un argumento distinto para sumarse al cambio de modelo, y ningún proyecto de VBHC prospera si solo logra convencer a uno de ellos.

Actor	En qué consiste su ganancia de valor
Paciente	Mejor calidad del servicio, disminución de la variabilidad de la atención, atención centrada en la persona y humanización del cuidado.
Financiador	Reconocimiento en el pago de los resultados obtenidos, de la eficiencia lograda y de la continuidad de la atención, en lugar de pagar solo por volumen de prestaciones.
Institución prestadora	Mayor confianza de la población, prestigio, y fortalecimiento de la imagen corporativa como resultado de mejores resultados documentados.
Comunidad	Menos complicaciones entre los portadores de enfermedades crónicas, con el consiguiente alivio sobre el sistema de salud en su conjunto.
Estado nacional	Menor desperdicio en la inversión en salud, y mayor eficiencia social para asistir a más personas con los mismos recursos.

Cuadro 1bis. El valor en salud según el actor que lo recibe: no es uno solo, ni se agota en la forma de pago.

Esta multiplicidad de beneficiarios explica, además, por qué la negociación de un esquema de pago basado en resultados no puede presentarse ante un financiador únicamente en términos de ahorro de costos: **el argumento más sólido combina la ganancia del financiador con la evidencia de mejora para el paciente, el fortalecimiento reputacional de la institución y el beneficio de largo plazo para la comunidad y el sistema de salud en su conjunto, como se retoma en la sección 20 de este documento al discutir la negociación con financiadores.**

1.2. Un requisito previo: medicina basada en la evidencia y gestión técnico-profesional con evidencia

La medicina basada en el valor no puede construirse sobre una práctica clínica o una gestión que carezcan de fundamento en evidencia: la VBHC presupone, como condición previa, una medicina basada en la evidencia científica sólida y una gestión técnico-profesional que también se apoye en evidencia, y no en la costumbre o en la intuición individual. Sin esa base, medir resultados y costos con rigor no tiene demasiado sentido, porque la variabilidad que se buscaría reducir seguiría explicándose, en gran parte, por decisiones clínicas y de gestión no fundamentadas. Además, en una medicina basada en el paciente, en la humanización de la atención, en su coparticipación, en su coproducción, que reivindique la importancia de la adherencia al tratamiento, en una medicina personalizada, de precisión, predictiva, preventiva, poblacional y participativa.

Sobre esa base, es necesario reconocer que no existe un modelo único de VBHC aplicable de manera idéntica a cualquier institución: existen particularidades que hacen al contexto de cada organización, a sus características propias y a la formación específica de sus equipos. Una institución universitaria de alta complejidad, un sanatorio de mediana complejidad y un centro ambulatorio especializado no parten del mismo punto ni pueden aplicar la misma secuencia de implementación sin adaptarla a su propia realidad, como ya se desarrollará en la sección 28 de este ebook.

Dentro de esas particularidades, un principio que atraviesa todo el modelo es que proteger a los integrantes del equipo es, en sí mismo, lo que genera valor. Un equipo agotado, con exceso de tareas administrativas o con incentivos mal alineados, no puede sostener en el tiempo la disciplina de medición y de mejora continua que la VBHC exige: cuidar la experiencia del proveedor —la cuarta dimensión del quintuple objetivo de la sección 2.1— no es una concesión al bienestar del personal, sino una precondition para que el propio modelo funcione y se sostenga. Los integrantes del equipo de salud que se encuentran motivados, respaldados, dan espontáneamente mejor servicio.

Finalmente, generar valor supone que los profesionales piensen explícitamente en términos de costo-efectividad, y que sepan asignar con criterio los recursos que están bajo su responsabilidad directa. Esto exige una doble mirada, simultánea y no sucesiva: pensar en lo individual —el paciente concreto que se tiene delante— al mismo tiempo que en lo colectivo y en lo social —el conjunto de pacientes de esa misma condición y el uso responsable de recursos que son, en última instancia, escasos y compartidos con el resto del sistema de salud—. Un profesional que solo piensa en lo individual pierde de vista el costo de oportunidad de sus decisiones para el resto de la población; uno que solo piensa en lo colectivo corre el riesgo de desatender las necesidades específicas del paciente que tiene frente a sí. La VBHC exige sostener ambas miradas a la vez.

Esta ebook integra dos fuentes complementarias: por un lado, el marco conceptual y la experiencia de implementación desarrollados por la cátedra en hospitales públicos de San Luis, La Pampa y Chubut, clínicas y hospitales de gestión privada, en la Fundación Galicia Saude, en el Sanatorio Sagrado Corazón; por otro, la evidencia empírica internacional más reciente, sintetizada en una revisión exploratoria (scoping review) publicada en 2025 en *Frontiers in Public Health*, que mapea 145 estudios sobre implementación de VBHC en el mundo. El objetivo es que el estudiante pueda moverse con soltura entre el marco teórico, la evidencia agregada y la aplicación concreta en la gestión de una institución de salud.

1.3. Por qué importa la VBHC: el valor en su sentido más amplio

Antes de avanzar hacia el marco conceptual formal, conviene detenerse en una aclaración que evita uno de los malentendidos más frecuentes sobre este modelo: hablar de "valor" en salud no es hablar solamente de dinero. Reducir la VBHC a una técnica de contención del gasto, o a una forma más sofisticada de ahorro para financiadores, es exactamente la lectura que este documento busca evitar. El valor que importa aquí es un concepto más amplio que el estrictamente económico, aunque lo incluya.

La VBHC importa, en primer lugar, porque devuelve sentido al trabajo cotidiano de los equipos de salud: un profesional que puede ver, con datos concretos, que su trabajo mejora la vida de sus pacientes recupera algo que el pago por volumen erosiona sistemáticamente, que es el propósito de la propia práctica. Importa, en segundo lugar, porque pone en el centro la experiencia humana de la enfermedad —el dolor, el miedo, la incertidumbre, la necesidad de continuidad y de trato humano— y no solo la resolución técnica de un problema clínico aislado. Importa, en tercer lugar, porque es una forma concreta de justicia distributiva: cuando los recursos escasos del sistema de salud se usan mejor, alcanzan para atender a más personas, lo que tiene un valor social y ético que excede largamente cualquier cálculo de ahorro institucional.

Por eso la VBHC importa simultáneamente al paciente, al profesional, a la institución, al financiador, a la comunidad y al Estado, como se desarrolló en el Cuadro 1bis de la sección 1.1: no porque todos ellos persigan el mismo interés económico, sino porque cada uno encuentra, en una atención mejor organizada, una forma distinta y legítima de valor —humano, profesional, social o económico— que el modelo tradicional de pago por volumen no logra reconocer ni sostener en el tiempo. Entender el valor en este sentido amplio es la condición para que la VBHC no se convierta, en la práctica, en una mera técnica de reducción de costos disfrazada de innovación.

Esta master class integra dos fuentes complementarias: por un lado, el marco conceptual y la experiencia de implementación desarrollados por la cátedra en clínicas y hospitales de gestión privada; por otro, la evidencia empírica internacional más reciente, sintetizada en una revisión exploratoria (scoping review) publicada en 2025 en *Frontiers in Public Health*, que mapea 145 estudios sobre implementación de VBHC en el mundo. El objetivo es que el lector pueda moverse con soltura entre el marco teórico, la evidencia agregada y la aplicación concreta en la gestión de una institución de salud.

2. Marco conceptual: qué es la medicina basada en el valor

La definición seminal de valor en salud fue introducida por Michael Porter y Elizabeth Teisberg en su obra *Redefining Health Care*, que dio origen a todo el campo de la VBHC.

El valor se define como los resultados de salud relevantes para el paciente, en relación con el costo necesario para lograrlos:

La ecuación de valor

- Valor = Resultados que importan al paciente ÷ Costo del ciclo completo de atención
- El valor es directamente proporcional al numerador: cuanto mejores son los resultados relevantes para el paciente, mayor es el valor generado, manteniendo todo lo demás constante. La calidad, no tener complicaciones, la continuidad de atención. La minimización de los costos mejora el valor para los pacientes; a igual efectividad clínica utilizar el más económico.
- El valor es inversamente proporcional al denominador: cuanto mayor es el costo del ciclo completo de atención, menor es el valor generado, aun cuando los resultados no cambien.
- El numerador no son los procesos realizados, sino los resultados —funcionales, de calidad de vida, de recuperación— que el paciente valora.
- El denominador no es el costo de un acto aislado, sino el gasto total del ciclo completo de atención de una condición médica, desde el diagnóstico hasta el seguimiento a largo plazo.
- Si los resultados relevantes para el paciente no mejoran, el valor generado es bajo, aunque el costo se reduzca o la calidad técnica del proceso sea alta.

Esta doble proporcionalidad tiene una consecuencia práctica que suele ignorarse: reducir costos sin sostener o mejorar los resultados no genera valor; del mismo modo, mejorar resultados sin controlar los costos no resulta sostenible. Aumentar el valor exige actuar simultáneamente sobre ambos términos de la ecuación —mejorar el numerador y contener el denominador—, sin optimizar uno a expensas del otro. Cuando prepagas y obras sociales contratan principalmente por

precio, se favorece una competencia desigual basada en bajar costos: pagar menores honorarios médicos o asignar a las enfermeras más camas de las que pueden atender reduce el gasto inmediato, pero deteriora la calidad y termina expresándose en peores resultados, más complicaciones y mayor uso de antibióticos costosos.

Esta definición tiene una consecuencia práctica importante: **la calidad asistencial no puede reducirse a medidas de proceso (¿se hizo el estudio en el plazo correcto?, ¿se administró el protocolo indicado?). Estudios comparativos muestran que, incluso entre centros de excelencia, la variabilidad en los resultados finales puede ser considerable —por ejemplo, en cirugías de reemplazo articular, los pacientes tratados en hospitales de menor desempeño requieren reintervención dentro de los dos años con una frecuencia varias veces mayor que los tratados en los centros mejor posicionados.**

La Organización Mundial de la Salud y la OCDE estiman que alrededor de un 30% de los recursos destinados a la atención médica se desperdician en complicaciones evitables, tratamientos innecesarios o ineficiencias administrativas.

Un ejemplo ilustrativo proviene de Gales: el sistema público de salud encontró que cerca de un 19% de las cirugías de cataratas no mejoraban la discapacidad visual reportada por los pacientes, pese a una tasa de complicaciones baja (en torno al 1,6%) y a un costo unitario significativo por procedimiento. **El caso muestra que atención técnicamente correcta no equivale necesariamente a atención de valor, y que las medidas de resultado reportadas por el paciente (PROM) pueden ser decisivas para definir la vía de atención más adecuada. En el apartado 9.9 se desarrollará la evidencia que se tiene en que intervenciones en salud sería costo efectiva la aplicación de medicina basada en el valor.**

Existen otros componentes de la ecuación, de esta realidad tan compleja que dependerá también de como se comporten los precios relativos de los insumos, de los medicamentos, de los estudios complementarios, como también la incorporación en el intercambio de bienes de atención de la salud que impulsen economías como China e India. Que podrían mediante la globalización desarrollar bienes más económicos y con ello abaratar los costos en salud.

2.1. El quintuple objetivo

Trabajar en medicina basada en el valor supone perseguir simultáneamente cinco objetivos, que suelen entrar en tensión entre sí y que exigen un abordaje sistémico:

Dimensión del quintuple objetivo	Qué implica
Experiencia del paciente	Atención centrada en la persona, participación en las decisiones, continuidad del cuidado.
Salud de la población	Optimizar resultados de salud de colectivos, no solo de casos individuales.
Costo de la atención	Reducir el costo del ciclo completo de atención, manteniendo honorarios dignos para los profesionales.

Dimensión del quintuple objetivo	Qué implica
Experiencia del proveedor	Evitar el desgaste (burnout) del equipo de salud; recuperar autonomía profesional y juicio clínico.
Equidad en salud	Disminuir la desigualdad injusta y evitable en el acceso y en los resultados.

Cuadro 1. El quintuple objetivo de la atención basada en el valor.

La medicina basada en el valor articula, en un mismo marco, la evidencia clínica, la eficiencia en el uso de recursos, la seguridad del paciente, el propósito organizacional, la gestión por procesos y la equidad.

Como se expresó anteriormente y se resignifica: No existe un modelo único de implementación: cada institución debe encontrar su propia combinación de indicadores medibles de valor —evitar complicaciones, reducir tiempos de estancia, mejorar la continuidad, modificar las formas de pago— porque los modelos que se acercan al ideal tienden a erosionarse con el tiempo por la aparición de comportamientos oportunistas de usuarios, prestadores y financiadores.

2.2. La VBHC como innovación, no solo como cambio administrativo

Conviene distinguir la VBHC de un simple ajuste administrativo. Siguiendo la definición de innovación propuesta por Greenhalgh y colaboradores, **una innovación es un conjunto novedoso de comportamientos, rutinas y formas de trabajar dirigidos a mejorar los resultados de salud, la eficiencia administrativa, la rentabilidad o la experiencia de los usuarios, implementado mediante acciones planificadas y coordinadas.** La VBHC cumple esta definición: no se trata de ajustar un formulario o de agregar un indicador más a un reporte existente, sino de modificar comportamientos y rutinas de trabajo establecidas, lo cual explica por qué su implementación exige tiempo, liderazgo sostenido y tolerancia a la resistencia inicial, tal como se desarrolla en las secciones 10 y 11 de este documento.

Como innovación, la VBHC efectivamente agrega elementos concretos y visibles a la gestión: más datos disponibles para la toma de decisiones, cálculo riguroso de costos por condición médica, mecanismos explícitos de continuidad de la atención, y un compromiso y un liderazgo más exigentes de parte de todos los actores involucrados. También es cierto, y no conviene negarlo, que la VBHC trae consigo nuevos módulos de gestión, nuevas plataformas tecnológicas y nuevas formas de retribuir a los profesionales. Todo esto es real y forma parte del cambio.

Pero ninguno de estos elementos es, en rigor, lo más importante, ni lo que produce la transformación verdadera. Los datos, los módulos, las plataformas y los nuevos esquemas de pago son condiciones habilitantes, no la causa del cambio: pueden instalarse por completo en una institución y, aun así, no producir ninguna transformación real en la atención, si las personas que integran los equipos no modifican su forma de pensar y de trabajar. **No habrá transformación si no se transforma a la gente. Este principio recorre transversalmente toda este ebook** —desde el liderazgo descrito en la sección 9.4, hasta las diez lecciones aprendidas de la sección 10, hasta el requisito de proteger a los integrantes del equipo señalado en la sección 1.2— y es, en definitiva, la razón por la cual la

implementación de la VBHC se mide en meses y años, y no en la velocidad con que puede instalarse un nuevo sistema informático.

2.3. Cuatro vertientes que deben confluir para generar valor

La dificultad para definir con precisión qué es valor en salud es, en sí misma, parte del problema que la VBHC busca resolver. Superar esa dificultad requiere que confluyan cuatro vertientes distintas, cada una con su propia noción parcial de valor: **la del paciente, centrada en resultados relevantes para su vida cotidiana; la de los prestadores, centrada en la sostenibilidad de su práctica profesional; la de las formas de pago, que determinan qué comportamientos efectivamente se incentivan con respecto al desempeño, a la calidad, la atención centrada en la persona y en la seguridad de los pacientes; y la de los sistemas de salud en su conjunto, centrada en la sostenibilidad financiera y en la equidad del acceso.**

Cuatro vertientes que deben confluir para generar valor en salud



De estas cuatro vertientes, la que con mayor frecuencia bloquea la confluencia de las demás es la forma de pago: mientras el pago por prestación, por módulo día-cama o por consulta individual siga siendo la norma, ninguna modalidad de pago estimula de manera efectiva una mejora sostenida de los resultados. Este es, en la práctica, el obstáculo estructural más difícil de resolver dentro de las cuatro vertientes, porque su solución no depende únicamente de la institución prestadora, sino de un acuerdo explícito con cada financiador, como se desarrolla en la sección 14.1 de este documento.

2.4 El Imperativo del Nuevo Paradigma de Valor

La medicina ha progresado notablemente, pero este avance ha generado brechas críticas en los sistemas de salud. El gasto en salud representa aproximadamente el 10% del PIB de la Unión Europea, aunque con disparidades marcadas (desde el 4.95% en Rumania hasta el 11.15% en Alemania).

Desafíos Fundamentales:

- **Brecha entre necesidad y recursos:** La demanda de atención crece más rápido que la inversión.
- **Variación injustificada:** Diferencias en la inversión, acceso o resultados que no se explican por la necesidad del paciente ni por sus preferencias.
- **Subuso de intervenciones eficaces:** Falla en prevenir o tratar enfermedades detectables, a menudo resultando en "inequidad por enfermedad".
- **Sobreuso y desperdicio:** Intervenciones que no aportan valor, generan ansiedad y pueden causar daño físico (sobrediagnóstico y sobretratamiento).

2.5 Los Cuatro Pilares del Valor en la Atención Sanitaria

El EXPH redefine la VBHC como un concepto integral basado en cuatro dimensiones esenciales que deben equilibrarse para garantizar sistemas de salud resilientes:

Pilar de Valor	Definición	Objetivo Principal
Valor Personal	Atención apropiada para lograr las metas personales del paciente.	Hay que asegurar que la intervención responda a lo que "le importa" al individuo.
Valor Técnico	Logro de los mejores resultados posibles con los recursos disponibles.	Eliminar el desperdicio y optimizar la eficiencia del sistema.
Valor Asignativo	Distribución equitativa de recursos entre todos los grupos de pacientes.	Evitar la inequidad por enfermedad y asegurar el acceso para todos.
Valor Social	Contribución de la salud a la participación social y la cohesión.	Fomentar la solidaridad, el respeto mutuo y el sentido de comunidad.

La Salud como Valor Intrínseco y Extrínseco

La salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino una precondition para una "vida buena" y la consecución de metas vitales (felicidad mínima o equitativa). Por lo tanto, la atención sanitaria es un valor extrínseco cuyo fin es promover este estado de bienestar fundamental.

2.6 Análisis del Desperdicio y la Pérdida de Valor

El informe de la OCDE (2017) identifica tres categorías principales de gasto ineficiente que deben ser abordadas:

1. **Atención clínica desperdiciada:** Servicios duplicados, eventos adversos prevenibles (como infecciones hospitalarias) y procedimientos innecesarios (como cesáreas sin indicación médica).
2. **Desperdicio operativo:** Medicamentos o dispositivos desechados sin usar, uso de insumos costosos cuando existen alternativas más económicas de igual beneficio y hospitalizaciones por causas evitables en atención primaria.
3. **Desperdicio relacionado con la gobernanza:** Procedimientos administrativos innecesarios, fraude, abuso y corrupción. Se estima que la corrupción y el fraude cuestan a Europa aproximadamente **56 mil millones de euros anuales**.

Tipología de Actividades Corruptas (UE):

- Soborno en la prestación de servicios médicos.
- Corrupción en la contratación pública.
- Relaciones de marketing inapropiadas entre industria y proveedores.
- Reclamaciones de reembolso indebidas (facturación creativa).
- Uso indebido de posiciones de alto nivel (nepotismo, conflictos de interés).

3. Evolución histórica del concepto de valor en salud

La idea de organizar la atención médica alrededor del valor no surgió de un solo autor ni en un solo momento: es el resultado de la convergencia de varias tradiciones de pensamiento sobre la economía, la calidad y la seguridad de la atención en salud, que conviene reconocer para entender por qué la **VBHC integra dimensiones tan distintas entre sí**.

- **Kenneth Arrow (economía de la salud):** en su artículo seminal de 1963 sobre incertidumbre y bienestar en la atención médica, Arrow identificó las fallas de mercado propias del sector salud —información asimétrica entre médico y paciente, incertidumbre sobre el resultado de un tratamiento— que explican por qué la salud no puede organizarse como un mercado de bienes convencional, y que anticipan buena parte de la discusión posterior sobre cómo alinear incentivos entre financiadores, prestadores y pacientes.
- **Avedis Donabedian (calidad en salud):** Donabedian propuso evaluar la calidad de la atención a través de tres dimensiones —estructura, proceso y resultado— sentando las bases conceptuales que permiten distinguir, dentro del marco de VBHC, entre medir cómo se organiza la atención (estructura y proceso) y medir qué se logra efectivamente para el paciente (resultado).

- **Donald Berwick y Richard Bohmer (Institute for Healthcare Improvement):** a través del Instituto para la Mejora de la Atención Médica, Berwick y sus colegas formularon el triple objetivo (Triple Aim) —mejorar la experiencia de atención, mejorar la salud de las poblaciones y reducir el costo per cápita— como marco orientador para rediseñar sistemas de salud completos, antecedente directo del quíntuple objetivo desarrollado en la sección 2.1 de este documento.
- **Michael Porter y Elizabeth Teisberg (redefinición de la competencia en salud):** a partir de 2006, Porter y Teisberg trasladaron estos antecedentes a un marco integral centrado en la ecuación de valor descrita en la sección 2, proponiendo un rediseño explícito de los procesos de atención y de los modelos de pago alrededor de la condición médica del paciente.

Esta genealogía importa para la gestión práctica de una clínica u hospital: permite reconocer que la VBHC no reemplaza a la gestión de calidad tradicional ni a la economía de la salud, sino que las integra en un marco común, y que cada una de estas tradiciones aporta una pregunta distinta y complementaria: la economía de la salud pregunta cómo alinear incentivos; la calidad pregunta cómo estructurar procesos seguros y efectivos; y la VBHC pregunta, en última instancia, qué resultado obtiene el paciente por cada unidad de gasto.

4. Los seis principios de la salud basada en valor

A partir del marco original de Porter y Teisberg, distintas organizaciones dedicadas a la difusión de la VBHC —entre ellas Planetree International y la Organización para la Excelencia de la Salud— sistematizan la propuesta en seis principios de implementación, que resultan útiles como guía práctica para una institución que inicia su transición hacia este modelo.

Principio	En qué consiste
1. Creación de centros especializados	Concentrar recursos y experiencia en condiciones médicas específicas, en lugar de dispersarlos por especialidad.
2. Medición precisa de costos y resultados	Medir cuidadosamente cuánto cuesta cada tratamiento y qué resultado se obtiene, para identificar mejores prácticas y áreas de mejora.
3. Modelos de pago integrados	Cubrir el costo total del tratamiento de una condición, alineando los incentivos del prestador con la calidad y la eficiencia.
4. Integración de servicios entre centros de atención	Coordinar hospitales, clínicas especializadas y atención primaria para evitar la duplicación de estudios y la fragmentación del tratamiento.
5. Expansión geográfica de los servicios	Ampliar el acceso a poblaciones más amplias y diversas, reduciendo disparidades y descongestionando los centros saturados.

Principio	En qué consiste
6. Adaptación de los sistemas de información	Recolectar y analizar datos del estado de salud, tratamiento y resultados, para personalizar la atención y ajustarla en tiempo real.

Cuadro 2. Los seis principios de la salud basada en valor (adaptado de Planetree International / Organización para la Excelencia de la Salud, a partir de Porter y Teisberg).

El tercer principio —los modelos de pago integrados— suele ser el más difícil de implementar en la práctica, porque exige acuerdos entre financiadores y prestadores que van más allá de lo que cualquier institución puede definir unilateralmente. Un ejemplo regional frecuentemente citado es la Cuenta de Alto Costo (CAC) en Colombia, **un mecanismo que utiliza incentivos específicos para mejorar la atención de pacientes con enfermedades crónicas y de alta complejidad, y que ha mostrado mejores resultados de salud junto con una reducción de costos para el sistema, ilustrando que el desarrollo de este principio para enfermedades de alto costo puede generar beneficios considerables de costo-efectividad, incluso en contextos con limitaciones de implementación en otros escenarios clínicos.**

Estos seis principios no deben leerse como una secuencia obligatoria ni como un conjunto de requisitos de todo o nada: la evidencia de la sección 6 de este documento muestra que muchas instituciones adoptan inicialmente solo algunos de ellos —típicamente la medición de resultados y la creación de unidades especializadas— antes de avanzar hacia los modelos de pago integrados y la integración geográfica, que requieren mayor madurez organizacional y acuerdos externos con financiadores.

5. El desperdicio y la variabilidad como problema de valor

Uno de los motores conceptuales de la VBHC es la constatación de que buena parte del gasto en salud no genera resultados para el paciente. La variación no explicada en la práctica clínica —hacer más o menos de lo que la evidencia recomienda, sin que ello se traduzca en mejores resultados— es, en sí misma, una forma de desperdicio. Los sistemas de pago por servicio, al incentivar el volumen de prestaciones, tienden a favorecer la medicalización excesiva y el gasto que no agrega valor.

Frente a esto, la propuesta de Porter es reorganizar la atención alrededor de la condición médica y del ciclo completo de la enfermedad, y no alrededor de la especialidad o del departamento hospitalario. Esto exige racionalizar procesos, involucrar activamente a pacientes y familias, medir sistemáticamente los resultados que importan al paciente (a través de PROM), y asumir la responsabilidad conjunta por los resultados y por los recursos utilizados a lo largo de todo el proceso asistencial.

Iniciativas como la encuesta PaRIS de la OCDE —lanzada en 2017 por mandato de los Ministros de Salud para comparar internacionalmente los resultados que más importan a los pacientes— reflejan este esfuerzo por llenar el vacío de datos estandarizados sobre resultados percibidos, en un contexto donde la mayoría de las métricas de desempeño en salud siguen centradas en insumos y productos (procesos), y no en los resultados finales relevantes para quien recibe la atención.

La encuesta PaRIS de la OCDE: qué valoran más los pacientes

La Encuesta de Indicadores Reportados por el Paciente (Patient-Reported Indicator Surveys, PaRIS) es la primera encuesta internacional que releva, de manera estandarizada y comparable entre países, los resultados y la experiencia de atención de personas de 45 años o más que viven con una o más condiciones crónicas, atendidas en el nivel de atención primaria. Impulsada por la OCDE por mandato de los Ministros de Salud desde 2017, con un desarrollo conceptual entre 2017 y 2020 y una encuesta principal realizada en 2023-2024, PaRIS relevó a más de 107.000 pacientes en cerca de 1.800 centros de atención primaria de 19 países, representando a casi 104 millones de usuarios de atención primaria. Sus primeros resultados internacionales se publicaron en el informe "Does Healthcare Deliver?" (OCDE, 2025).

Un hallazgo central de la encuesta, especialmente relevante para la gestión de hospitales públicos, clínicas y sanatorios, es que el tiempo es el recurso que los pacientes más valoran: la disponibilidad de turnos con menor espera y, sobre todo, contar con tiempo suficiente durante la consulta con el profesional de atención primaria, se asocia de manera muy marcada con la confianza en el sistema de salud.

Según PaRIS, las personas que sienten que su profesional de atención primaria les dedicó el tiempo necesario tienen una probabilidad de confiar en el sistema de salud casi 90% mayor que quienes no tuvieron esa percepción, una diferencia mucho más determinante que la disponibilidad de tecnología o el confort de las instalaciones.

Qué valoran los pacientes	Hallazgo de la encuesta PaRIS
Tiempo con el profesional	Sentir que el profesional dedicó el tiempo necesario incrementa en cerca de un 90% la probabilidad de confiar en el sistema de salud.
Ser tratado como persona, no solo como enfermedad	Una proporción significativa de los pacientes con enfermedades crónicas siente que no fue considerado como una persona completa, sino solo a través de su diagnóstico.
Participación en las decisiones sobre su propio cuidado	Buena parte de los pacientes reporta no haber estado tan involucrado en las decisiones sobre su atención como hubiera deseado.
Coordinación entre profesionales	La falta de coordinación entre distintos profesionales y niveles de atención es una de las experiencias adversas más asociadas a la pérdida de confianza en el sistema.
Ausencia de eventos adversos evitables	Haber sufrido un turno no obtenido a tiempo, un diagnóstico erróneo o tardío, o problemas de comunicación entre profesionales, reduce en 1,6 veces la probabilidad de confiar en el sistema de salud.
Atención a la salud mental dentro de la atención crónica	Alrededor de un 16% de los pacientes con condiciones crónicas releva también una condición de salud mental, y

Qué valoran los pacientes	Hallazgo de la encuesta PaRIS
	su combinación se asocia a peor salud física percibida y a menor confianza en la propia capacidad de autogestión.

Cuadro (síntesis). Qué valoran más los pacientes de 45 años o más con enfermedades crónicas, según la encuesta PaRIS de la OCDE (2023-2024).

La encuesta organiza sus resultados centrales en diez indicadores —el "PaRIS10"— que combinan cinco medidas de resultado reportadas por el paciente (PROM) y cinco medidas de experiencia reportadas por el paciente (PREM), seleccionadas junto con los propios pacientes, y que abarcan la calidad percibida de la atención, la coordinación entre niveles y profesionales, el grado en que la atención se centra verdaderamente en la persona, y la confianza general en el sistema de salud. El propio informe de la OCDE encuentra una relación consistente entre una mejor experiencia reportada por el paciente y mejores resultados de salud reportados por ese mismo paciente, lo que respalda empíricamente uno de los supuestos centrales de la VBHC desarrollado en la sección 2 de este documento: que la experiencia y el resultado no son dimensiones independientes, sino que se refuerzan mutuamente.

Para la gestión de una clínica o sanatorio, PaRIS ofrece una lección concreta y de bajo costo de implementación: antes de invertir en tecnología o en infraestructura para mejorar la experiencia del paciente, conviene verificar si el equipo asistencial dispone del tiempo suficiente para sostener una consulta de calidad, si existen mecanismos reales de coordinación entre los distintos profesionales que atienden a un mismo paciente crónico, y si el paciente participa efectivamente en las decisiones sobre su propio cuidado. Estas tres condiciones —tiempo, coordinación y participación— explican, según la evidencia de PaRIS, una proporción mayor de la confianza y de los resultados percibidos por el paciente que buena parte de las inversiones tecnológicas o edilicias en las que las instituciones suelen concentrar su presupuesto.

5.1. Qué acciones aumentan el valor y cuáles lo disminuyen

Volviendo a la ecuación de valor de la sección 2 —directamente proporcional a los resultados, inversamente proporcional al costo del ciclo completo—, resulta útil traducirla en un listado concreto de acciones cotidianas de la práctica clínica y de la gestión, que un equipo pueda reconocer en su propio trabajo diario. Es necesario aclarar que estos son algunos ejemplos genéricos, referenciales, para que se cuenten con herramientas y poder evolucionar en el sistema de atención.

En primer lugar, cuando uno escucha al paciente debe entender la importancia de su percepción, sobre lo que responde, pregunta y quiere. También el gap que existe entre lo que demanda y lo que necesita. **Entender que la prestación no termina con el acto quirúrgico, o sacarlo del respirador, es cuando el paciente se va de alta y progresivamente evoluciona hasta recuperar su calidad de vida.** Reducir la variabilidad en la prestación médica. Evitar reinternaciones no programadas por falta de seguimiento posterior. Saber el costo de lo que se está asignando. Proteger al equipo asistencial. Involucrar activamente al paciente y a su familia o sus cuidadores. Intentar avanzar hacia un pago que reconozca la calidad y la inversión en seguridad del paciente. Las instituciones de salud debieran estar acreditadas, y los financiadores debieran pagar un pequeño

porcentaje premiando esa inversión. Inclusive con una valoración por los propios auditores y ponderar que tenga un equipo en control de infecciones vinculadas al cuidado de la salud, que tenga un plan de prevención de infección vías centrales y de caídas, de colocación de sondas, de uso racional de antibióticos, que realice actividades de mutuo control médico y que se refleje en el sistema técnico de toma de decisiones. Que se identifique a los pacientes. Que se le realice un check list prequirúrgico. Que se le comunique correctamente. **Que se asegure la continuidad de atención. Esto debe reconocerse entre un 5 a 10% del valor de los módulos. También reconocer si presentan un plan estratégico para mejora.**

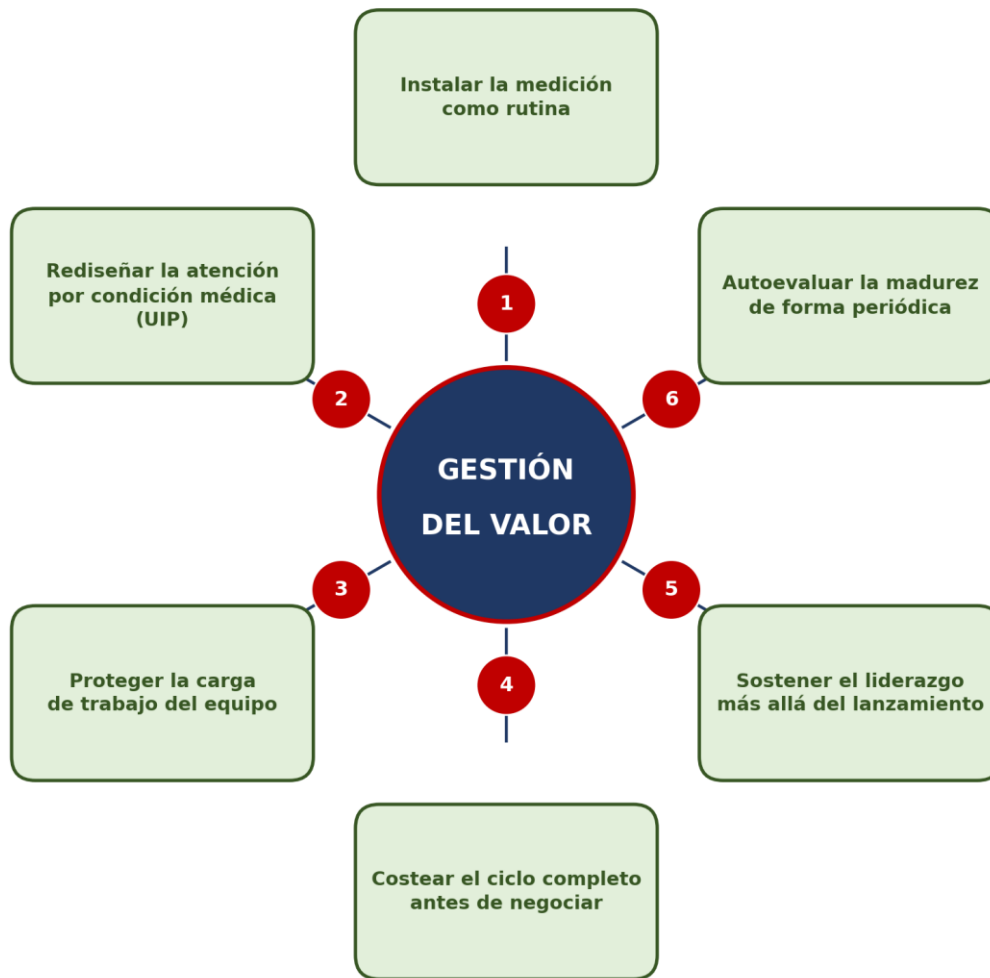
Acciones que aumentan el valor	Acciones que disminuyen el valor
Medir sistemáticamente resultados relevantes para el paciente (PROM) y ajustar la práctica en función de esos datos.	Medir solo procesos e insumos, sin verificar si esos procesos se traducen en mejores resultados.
Organizar la atención alrededor de la condición médica, con un equipo responsable de todo el ciclo.	Fragmentar la atención entre especialidades sin un responsable del recorrido completo del paciente.
Reducir la variabilidad no justificada en la práctica clínica, alineando las conductas con la mejor evidencia disponible.	Sostener variabilidad injustificada entre profesionales para una misma condición, sin revisarla con datos.
Evitar reinternaciones y complicaciones mediante seguimiento proactivo posterior al alta.	Aceptar reinternaciones evitables como un costo normal de la actividad, sin investigar sus causas.
Costear el ciclo completo de atención (TDABC) para identificar dónde se concentra el gasto que no agrega valor.	Desconocer el costo real por condición médica y decidir solo con datos contables departamentales.
Proteger al equipo asistencial de la sobrecarga y de interrupciones evitables, como en el caso Vall d'Hebron de la sección 13.1.	Sostener cargas de trabajo y modelos de turno que agotan al personal sin que nadie lo mida ni lo gestione.
Involucrar activamente al paciente y a su familia en las decisiones sobre su propio proceso de atención.	Decidir por el paciente sin incorporar su perspectiva ni medir su experiencia (PREM).
Negociar con los financiadores esquemas de pago que reconozcan resultados y continuidad.	Sostener el pago por prestación aislada como único incentivo, premiando el volumen antes que el resultado.
Compartir datos y mejores prácticas entre equipos y con otras instituciones (benchmarking).	Mantener los resultados y los procesos como información aislada de cada servicio, sin comparación posible.
Sostener el proyecto de cambio con liderazgo visible y continuo a lo largo del tiempo.	Lanzar el proyecto con entusiasmo inicial y abandonar su seguimiento a los pocos meses.

5.2. Qué puede hacer la gestión concretamente

Frente a este listado, la gestión de una clínica o sanatorio no es una espectadora pasiva: dispone de palancas concretas para inclinar la balanza hacia las acciones que aumentan el valor.

- **Instalar la medición como rutina, no como excepción:** definir qué se mide, con qué frecuencia y quién lo revisa, siguiendo el tablero mínimo viable del Anexo B, en lugar de medir todo o no medir nada.
- **Rediseñar la organización del trabajo alrededor de la condición médica,** aplicando los pasos de construcción de una UIP de la sección 6.6, en lugar de aceptar la fragmentación por especialidad como un dato inmodificable.
- **Proteger explícitamente el tiempo y la carga de trabajo del equipo,** siguiendo el principio desarrollado en la sección 1.2: ningún proyecto de valor prospera sobre un equipo agotado.
- **Costear antes de negociar:** aplicar TDABC (sección 8) a las condiciones priorizadas antes de sentarse a discutir un esquema de pago distinto con un financiador.
- **Sostener el liderazgo del proyecto más allá del lanzamiento inicial,** con reuniones periódicas de seguimiento (Anexo C) y responsables concretos designados, en lugar de dejar que el impulso inicial se diluya con el tiempo.
- **Utilizar la rúbrica de madurez organizacional** (sección 18) y el cuestionario de autoevaluación (sección 25.1) de manera periódica, para verificar si la institución avanza efectivamente hacia las acciones que aumentan el valor, o si permanece, sin advertirlo, sosteniendo las que lo disminuyen.

Seis palancas de acción práctica desde la gestión para aumentar el valor en salud



6. Unidades de Práctica Integrada (UPI): el modelo organizativo del valor

Si el valor se mide por condición médica a lo largo del ciclo completo de atención, la organización asistencial debe reflejar esa lógica. **Las Unidades de Práctica Integrada (UPI, Integrated Practice Units)** son **microsistemas clínicos que integran de forma interdisciplinaria y transdisciplinaria a internistas, especialistas, enfermería, kinesiólogía y personal administrativo alrededor de un segmento de pacientes o de una condición médica, en lugar de organizarse por especialidad o servicio.**

La concentración de la atención de una condición dentro de una UIP genera volumen suficiente para que los equipos acumulen experiencia rápidamente y la compartan entre sí. Al trabajar en espacios físicos y funcionales bien diseñados, se reduce la falta de comunicación, y las herramientas electrónicas y los pases de guardia escritos permiten sostener la continuidad durante la internación y en el seguimiento posterior al alta, disminuyendo las reinternaciones no programadas por descompensación.

6.1. Escalabilidad y ecosistema de atención

La escalabilidad es la clave de la eficacia de una UIP: pese a experiencias piloto exitosas en distintos países, el rendimiento y el retorno de la inversión de estas unidades distan de ser homogéneos, porque requieren una base de pacientes suficientemente grande para amortizar los costos operativos y de puesta en marcha. **Casos frecuentemente citados en la literatura —como la organización de MD Anderson Cancer Center en catorce centros específicos por enfermedad, o la experiencia de Diabeter en los Países Bajos, que trata a miles de pacientes con diabetes tipo 1 en un número reducido de unidades— muestran que la concentración de volumen en unidades especializadas se asocia con mejores resultados y menor costo por paciente.**

Las UIP deben además construir credibilidad frente a los hospitales convencionales, explorar nuevos modelos de asociación —como las redes clínicamente integradas— y diseñar flujos de trabajo efectivos: vías subóptimas generan listas de espera, insatisfacción del paciente y sobrecostos. La programación dinámica, apoyada en algoritmos de aprendizaje automático que consideren la variabilidad del sistema, y las vías de atención preautorizadas, mejoran la velocidad y la comodidad para el paciente.

6.2. Nuevas competencias, tecnología y modelos de pago

Las UIP de alto desempeño requieren que los profesionales adquieran competencias de colaboración y de gestión holística de casos —coordinación, adherencia, determinantes sociales de la salud— que no forman parte de la formación médica tradicional. Esto obliga a repensar la formación de grado y de residencias: en lugar de asignar pacientes individuales a cada residente, conviene asignar la responsabilidad sobre una condición a un equipo multidisciplinario.

La tecnología —historia clínica electrónica, plataformas de comunicación bidireccional con el paciente, análisis predictivo— cumple un rol habilitante central, catalizado en los últimos años por la expansión de la salud digital. En materia de pago, el modelo de UIP requiere una distribución equilibrada del riesgo entre financiador y prestador: el financiador asume el riesgo de aseguramiento y el prestador el riesgo de desempeño, con contratos basados en el valor que cubran también los servicios de apoyo —salud conductual, determinantes sociales— habitualmente excluidos del pago por servicio o por valor.

6.3. Tres formas de organizar la creación de valor: cadena, tienda y red

No todos los segmentos de pacientes se benefician del mismo diseño organizativo. Resulta útil distinguir, siguiendo la tipología de configuraciones de valor desarrollada originalmente por Stabell y Fjeldstad y aplicada luego a la gestión de servicios de salud, tres formas distintas de organizar la atención según el tipo de paciente y de problema clínico que se busca resolver. Esta distinción importa porque cada configuración exige una lógica de gestión, de personal y de tecnología distinta, y aplicar la lógica equivocada a un segmento de pacientes es una fuente frecuente, aunque poco reconocida, de pérdida de valor.

Cadena de valor

La cadena de valor es apropiada para pacientes programados, cuyo proceso de atención puede descomponerse en una secuencia de tareas lineales, predecibles y estandarizables, con una lógica de producción cercana a la industrial: un paciente ingresa con un diagnóstico ya establecido, atraviesa una secuencia conocida de pasos —preparación, procedimiento, recuperación, alta— y el objetivo de gestión es repetir esa secuencia con la mayor eficiencia posible, sin renunciar a cierta flexibilidad y diferenciación en la experiencia del paciente. Los ejemplos característicos son las cirugías programadas de alto volumen (cataratas, hernias, reemplazos articulares electivos), los estudios diagnósticos protocolizados, y los tratamientos con protocolos clínicos ya validados y de baja variabilidad esperada.

¿Dónde aplicarla y por qué importa? En una cadena de valor, la gestión debe concentrarse en estandarizar procesos, medir tiempos de cada etapa, reducir la variabilidad no clínica (por ejemplo, demoras administrativas entre un paso y el siguiente) y aplicar herramientas de gestión de procesos —como las descritas en el diseño de vías clínicas— para maximizar el volumen atendido sin sacrificar calidad. Aplicar aquí una lógica de tienda de valor —tratando cada caso como si requiriera un diagnóstico abierto y personalizado desde cero— genera lentitud, costos innecesarios y variabilidad evitable en un proceso que, precisamente, se beneficia de la repetición estandarizada.

Tienda de valor

La tienda de valor es apropiada para pacientes complejos o con problemas infrecuentes, en los que el diagnóstico mismo es incierto al momento del ingreso y requiere un proceso cíclico de generación de hipótesis, estudio, descarte y ajuste, análogo al trabajo de un taller de reparación o de una consultoría especializada: se convoca a un conjunto amplio de conocimientos clínicos disponibles, se prueban distintas líneas de análisis, y la secuencia de pasos no puede definirse de antemano porque depende de lo que cada paso anterior va revelando. El ejemplo característico es un paciente con un cuadro multisistémico de difícil diagnóstico, una enfermedad rara, o una complicación atípica que no encaja en ningún protocolo estandarizado disponible.

¿Dónde aplicarla y por qué importa? En una tienda de valor, la gestión debe priorizar la disponibilidad de un equipo multidisciplinario amplio, la agilidad para convocar interconsultas de distintas especialidades en tiempos cortos, y una cultura organizacional que tolere la incertidumbre diagnóstica sin presionar por cerrar el caso prematuramente. Medir a este segmento de pacientes con los mismos indicadores de eficiencia de tiempo que a una cadena de valor —por ejemplo, exigiendo un diagnóstico en un plazo fijo— genera el riesgo de cierres diagnósticos apresurados y de menor calidad. Aplicar aquí, en cambio, una lógica de cadena de valor —tratando de estandarizar de antemano una secuencia fija de estudios— resulta ineficiente y clínicamente inadecuado, porque desconoce que el valor en este segmento surge precisamente de la capacidad de adaptar el proceso a cada caso particular.

Red de valor

La red de valor es apropiada para pacientes crónicos que requieren controles constantes y continuidad de atención a lo largo de años, y no la resolución de un episodio puntual: el valor no se genera en un único acto médico, sino en la calidad de la conexión sostenida entre el paciente y una red de servicios —atención ambulatoria, atención domiciliaria, telemedicina, seguimiento posterior a episodios agudos— que deben funcionar de manera coordinada y continua. Los

ejemplos característicos son la insuficiencia cardíaca crónica, la diabetes, la EPOC, y en general cualquier condición que exija un acompañamiento sostenido del paciente entre consultas, y no solo durante ellas.

¿Dónde aplicarla y por qué importa? En una red de valor, la gestión debe priorizar la interoperabilidad de la información entre los distintos nodos de la red (el especialista, el médico de cabecera, el equipo domiciliario, la farmacia), la existencia de un responsable de caso (case manager) que sostenga la continuidad más allá de cada contacto puntual, y sistemas de alerta temprana que permitan intervenir antes de que una descompensación derive en una internación evitable. Aplicar aquí una lógica de cadena de valor —atender al paciente crónico como una sucesión de consultas aisladas y estandarizadas, sin continuidad entre ellas— es, en la práctica, la causa más frecuente de reinternaciones evitables y de progresión no controlada de la enfermedad.

Configuración	Tipo de paciente	Dónde aplicarla	Riesgo de aplicar la lógica equivocada
Cadena de valor	Programado, diagnóstico ya establecido	Cirugías electivas de alto volumen, estudios protocolizados, tratamientos de baja variabilidad	Lentitud y sobrecostos si se trata como un caso abierto a diagnosticar
Tienda de valor	Complejo, diagnóstico incierto	Cuadros multisistémicos, enfermedades raras, complicaciones atípicas	Cierres diagnósticos apresurados si se exige una secuencia fija de estudios
Red de valor	Crónico, necesita continuidad	Insuficiencia cardíaca, diabetes, EPOC, seguimiento post-agudo	Reinternaciones evitables si se atiende como consultas aisladas sin continuidad

Cuadro 2ter. Las tres configuraciones de valor: tipo de paciente, dónde aplicarlas y riesgo de confundirlas.

Reconocer en qué configuración se ubica cada segmento de pacientes de la propia institución evita el error de aplicar un único modelo organizativo —típicamente el de cadena de valor, más intuitivo para la gestión hospitalaria tradicional, por ser el más parecido a una línea de producción— a poblaciones de pacientes que en realidad requieren el diseño de tienda o de red de valor, con consecuencias directas en la satisfacción del paciente y en el costo real del ciclo de atención. Por esta razón, uno de los primeros ejercicios de diagnóstico que conviene realizar antes de diseñar una Unidad de Práctica Integrada (sección 6.6) es precisamente clasificar el segmento de pacientes elegido en una de estas tres configuraciones, porque de esa clasificación se derivan directamente las decisiones de personal, de tecnología y de proceso más adecuadas para esa UIP en particular.

6.4. Diseñar la atención por segmentos de pacientes, no por especialidad

A lo largo de toda la economía, los proveedores de servicios organizan su oferta alrededor de un conjunto definido de clientes con necesidades similares: una empresa de transporte no ofrece el mismo servicio para entregar carga urgente en avión que para trasladar pasajeros en colectivo, aunque ambas actividades sean "transporte". La atención de salud es, en este sentido, un caso atípico: la mayoría de los servicios se organizan alrededor de los proveedores —los endocrinólogos practican con otros endocrinólogos, los cardiólogos con otros cardiólogos— y no alrededor de las necesidades del paciente, que en general requiere la atención coordinada de varios de ellos a la vez.

Ese desajuste estructural —organizar la oferta por especialidad en lugar de por necesidad del paciente— es, en sí mismo, una causa central de por qué la atención médica resulta cara y no siempre logra los mejores resultados: cuando nadie es responsable de integrar el recorrido completo de un paciente con diabetes entre los distintos especialistas que necesita, es el propio paciente quien termina, de hecho, cumpliendo el rol de coordinador de su propia atención. Comenzar por identificar las necesidades comunes de un segmento de pacientes —por ejemplo, una clínica de cefaleas que ofrezca en un mismo circuito la terapia farmacológica, el asesoramiento psicológico y la fisioterapia— permite diseñar una solución integral en lugar de una sucesión de consultas fragmentadas.

Un ejemplo aplicado: organizar la atención primaria por ciclos de vida

La atención primaria es, dentro de una clínica o sanatorio, el nivel donde este principio de segmentación resulta más directamente aplicable, porque es allí donde conviven poblaciones con necesidades de salud muy distintas entre sí, atendidas hoy con frecuencia por el mismo circuito genérico de consultorio. Organizar la atención primaria alrededor de ciclos de vida, en lugar de alrededor de la guardia o el consultorio de clínica médica general, permite diseñar un circuito, un equipo y un conjunto de indicadores propios para cada segmento.

Segmento por ciclo de vida	Necesidad predominante del segmento
Recién nacidos hasta el año de vida	Seguimiento del crecimiento y desarrollo, esquema de vacunación, pesquisa neonatal y acompañamiento a la lactancia. Seguimiento de la vacunación.
Niños en edad escolar	Controles de salud escolar, seguimiento de vacunación, detección temprana de problemas de aprendizaje, visión y audición.
Mujeres en edad fértil	Salud sexual y reproductiva, control preconcepcional, prevención del cáncer de cuello uterino, seguimiento del embarazo y anticoncepción.
Mujeres de 40 a 60 años	Climaterio y perimenopausia, prevención de cáncer de mama y de cuello uterino, salud ósea.
Riesgo cardiovascular en hombres y mujeres mayores de 40 años	Pesquisa y control de hipertensión, dislipemia, diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular modificables.

Segmento por ciclo de vida	Necesidad predominante del segmento
Pacientes añosos, mayores de 70 años	Multimorbilidad, fragilidad, polifarmacia, farmacia clínica, case manager, evaluación de riesgo gerontológico, prevención de caídas y sostén de la autonomía funcional.

Cuadro (síntesis). Segmentación de la atención primaria por ciclos de vida, según necesidad predominante de cada segmento.

Cada uno de estos seis segmentos justifica, en principio, un circuito de atención propio: un equipo con la combinación de competencias adecuada para ese ciclo de vida (por ejemplo, puericultura y vacunación para el segmento de recién nacidos, o geriatría y farmacia clínica para el segmento de pacientes añosos), un conjunto de indicadores de resultado específico para ese segmento, y una cadencia de controles acorde a la evidencia disponible para ese grupo etario. Esta lógica es, en esencia, la misma que sostiene el diseño de una Unidad de Práctica Integrada descrita en la sección 6.6 de este documento, aplicada aquí al nivel de la atención primaria en lugar de a una condición médica específica: en ambos casos, el punto de partida es agrupar a los pacientes según una necesidad común, y diseñar la atención alrededor de esa necesidad, y no alrededor de la especialidad del profesional que los recibe.

6.5. Integrar equipos de aprendizaje, no solo equipos de trabajo

La implementación de soluciones multifacéticas para un segmento de pacientes requiere un equipo dedicado, proveniente de disciplinas que habitualmente no se consideran médicas. Un equipo eficaz integra los distintos servicios que el paciente necesita, reduciendo o incluso eliminando la necesidad de un coordinador externo. Cuando sus miembros comparten un mismo espacio físico, la comunicación informal frecuente complementa a los canales formales y sostiene una atención más eficaz.

Lo distintivo de un equipo de este tipo no es solo que trabaje en conjunto, sino que aprenda vinculados: que la experiencia acumulada al atender a sucesivos pacientes del mismo segmento se traduzca en una mejora continua de los resultados, y no solo en una repetición más eficiente de la misma rutina. Esta misma estructura de equipo puede además extenderse entre distintas sedes de una institución, llevando el conocimiento acumulado en un centro de referencia hacia equipos ubicados en otras localizaciones, para que la atención de mejor nivel se preste localmente en lugar de exigir que el paciente viaje.

6.6. Cómo construir una Unidad de Práctica Integrada, paso a paso

Más allá del concepto general, resulta útil contar con una secuencia operativa concreta para poner en marcha una UIP:

1. **Definir la condición del paciente, o el conjunto de condiciones relacionadas**, que la unidad va a atender —por ejemplo, cánceres de cabeza y cuello—, mapeando las necesidades del paciente y los procesos involucrados a lo largo de todo su recorrido por el sistema de salud.
2. **Reunir un equipo multidisciplinario con la combinación adecuada de personal clínico**, de enfermería, administrativo y de apoyo al paciente, que cubra todo el ciclo de atención, incluidas las afecciones y complicaciones comórbidas más frecuentes.

3. **Crear mecanismos que faciliten y sostengan la integración de todo el equipo:** instalaciones físicas diseñadas para la atención integrada, personal co-ubicado, servicios administrativos comunes (admisión, programación, gestión de pacientes) y un equipo de liderazgo centrado en gestionar y mejorar la UIP como una unidad propia, no subordinada a ninguna especialidad o departamento.
4. **Desarrollar mecanismos funcionales de integración que sostengan en el tiempo los tres pasos anteriores,** con reuniones formales e informales regulares del equipo para discutir resultados, procesos y tecnología.

Por qué vale la pena concentrarse en los pacientes crónicos complejos

- En una población adulta, los pacientes con enfermedades crónicas de alta complejidad representan apenas alrededor del 3% del total.
- Sin embargo, ese 3% concentra entre el 60% y el 70% del consumo total de recursos de salud.
- Mejorar el valor de la atención para este segmento reducido de pacientes es, en consecuencia, una de las metas estratégicas de mayor impacto posible para una institución que inicia su camino hacia la VBHC.

El valor que se le exige a una UIP puede resumirse en un conjunto de resultados concretos y verificables: desarrollar intervenciones beneficiosas para los pacientes y medirlas; disminuir las esperas —incluyendo la acumulación de esperas sucesivas entre distintos pasos del proceso—; reducir el costo de la atención, en particular el que no agrega valor; disminuir la cantidad y la duración de las internaciones de pacientes crónicos; reducir los reingresos no programados y evitar las internaciones innecesarias; lograr una menor progresión de la enfermedad y menos complicaciones; y ofrecer un sistema de cuidado continuo que asegure las transiciones entre niveles de atención.

6.7. Cómo se compone una UIP y quién la integra: el eje de medicina interna, pediatría y terapia intensiva

Una pregunta frecuente al diseñar una UIP es de qué manera concreta se compone el equipo y quién asume cada rol dentro de él. La respuesta depende del segmento de pacientes elegido, pero en instituciones de complejidad media y alta resulta especialmente eficaz organizar el conjunto de UIP alrededor de tres ejes clínicos que, combinados, cubren a la enorme mayoría de los pacientes internados: medicina interna (el eje adulto de mayor volumen y de mayor prevalencia de multimorbilidad), pediatría (el eje de la población infantil, con su propia lógica de crecimiento y desarrollo) y terapia intensiva (el eje de los pacientes críticos, que requiere el mayor nivel de monitoreo y de respuesta inmediata). Estos tres ejes no compiten entre sí: se necesitan mutuamente, porque un paciente puede transitar de uno a otro a lo largo de un mismo episodio de internación.

Los integrantes estables de la UIP

- Un médico líder clínico de la unidad, con autoridad reconocida sobre el eje correspondiente (internista, pediatra o intensivista), responsable de la calidad y de los resultados del conjunto.

- El equipo médico de base del eje (internistas, pediatras o intensivistas de planta), que sostiene la continuidad de la atención más allá de cada guardia individual.
- Enfermería asignada de manera estable a la unidad, y no rotativa entre servicios, para sostener la continuidad del cuidado y el conocimiento acumulado sobre los pacientes de ese eje.
- Kinesiología y rehabilitación, especialmente relevante para sostener la recuperación funcional temprana en medicina interna y en el egreso de terapia intensiva.
- Un case manager o coordinador de casos, responsable de sostener la continuidad del paciente entre la internación y el seguimiento posterior al alta.
- Personal administrativo dedicado a la unidad (admisión, programación de estudios, gestión de turnos de seguimiento), que libera al equipo clínico de tareas que no requieren su formación.
- Especialistas de apoyo convocados según la necesidad del caso —cardiología, neurología, neumonología, cirugía, traumatología, entre otros— que se integran al equipo de base sin reemplazarlo, aportando su criterio sobre el caso puntual mientras el equipo estable conserva la responsabilidad longitudinal del paciente.

Cómo gira el conjunto alrededor de los tres ejes

En la práctica, buena parte de los pacientes adultos con polipatología y multimorbilidad ingresa o es referida al eje de medicina interna, que actúa como columna vertebral de la UIP para ese segmento: allí se concentran los internistas, la enfermería estable y el case manager, y desde allí se convoca a los especialistas de apoyo cardiología, neurología, neumonología, cirugía y traumatología según la necesidad puntual de cada paciente, en lugar de fragmentar su recorrido en consultas sucesivas y desconectadas entre sí, como se describió en la experiencia de cuidado progresivo de la sección 13 de este documento.

El eje de pediatría replica esta misma lógica para la población infantil, con su propio equipo estable de pediatras, enfermería pediátrica y kinesiología respiratoria, articulado con los mismos especialistas de apoyo cuando el caso lo requiere, pero con protocolos, tiempos y necesidades de comunicación con la familia sustancialmente distintos de los del eje adulto, lo que justifica que no comparta el mismo equipo estable que medicina interna, aunque sí puede compartir servicios administrativos comunes.

El eje de terapia intensiva funciona como el nodo de mayor intensidad de recursos y de menor margen de espera dentro de este esquema: recibe a los pacientes de medicina interna o de pediatría cuya complejidad se agrava, y los devuelve —una vez estabilizados— al eje de origen para continuar su recuperación, en lugar de mantenerlos en terapia intensiva más tiempo del clínicamente necesario. Esta capacidad de "ida y vuelta" fluida entre los tres ejes, sostenida por una historia clínica compartida y por reuniones conjuntas regulares entre los tres equipos, es precisamente el mecanismo funcional de integración descrito en el paso 4 de la secuencia de la sección 6.6: sin ese mecanismo, cada eje termina operando como un compartimento estanco, y el paciente vuelve a experimentar la fragmentación que la propia UIP busca evitar.

Girar el diseño institucional hospitalario alrededor de estos tres ejes —en lugar de alrededor de una veintena de especialidades independientes— no elimina la necesidad de esas especialidades: las reorganiza como servicios de apoyo que se integran al equipo estable de cada eje cuando el caso lo

amerita, en lugar de convertirse en la puerta de entrada por defecto de cada paciente. Esta reorganización es, en última instancia, la aplicación concreta del principio desarrollado en la sección 6.4 de este documento: diseñar la atención alrededor de la necesidad del paciente y no alrededor de la especialidad del profesional que lo recibe.

7. Medición de resultados: PROM, PREM, CROM e indicadores

La gestión requiere medición: es axiomático que los equipos de salud deben medir tanto los resultados como los costos de atender a cada paciente, porque sin esa medición no es posible alinear a la organización con su propósito. La buena noticia es que medir resultados relevantes no exige los extensos conjuntos de variables propios de la investigación clínica: dentro de cada segmento de pacientes, la salud puede capturarse habitualmente en tres a cinco medidas centradas en capacidad funcional, confort y tranquilidad.

Conviene distinguir tres tipos de instrumentos, que suelen mencionarse con sus siglas en inglés:

Instrumento	Qué mide	Ejemplo de uso
CROM (Clinician-Reported Outcome Measures)	Resultados clínicos registrados por el profesional tratante.	Estadio tumoral, complicaciones quirúrgicas, reingresos.
PROM (Patient-Reported Outcome Measures)	Resultados de salud percibidos y reportados directamente por el paciente.	Funcionalidad, dolor, calidad de vida en cáncer de mama o de pulmón.
PREM (Patient-Reported Experience Measures)	Experiencia subjetiva del paciente a lo largo de la vía de atención.	Percepción de trato, tiempos de espera, claridad de la información recibida.

Cuadro 3. Instrumentos de medición de resultados y experiencia en VBHC.

El principal desafío de estos instrumentos es la calidad del dato en su origen: la información clínica debe ser cargada por el profesional responsable, la información de equipos analíticos debe importarse automáticamente evitando la intervención humana, y los datos subjetivos —síntomas, experiencia— deben ser reportados directamente por el paciente, para reducir el sesgo de interpretación. A esto se suman metodologías de costeo por condición, como el costeo basado en actividades impulsado por el tiempo (TDABC), que permiten a los equipos demostrar el valor de su atención e identificar oportunidades de mejora de eficiencia.

Un tablero de indicadores típico de una experiencia de VBHC combina medidas de calidad de vida, descompensaciones e internaciones no programadas, hallazgos objetivos de laboratorio e imágenes, y costo trimestral, mensual y anual, de modo de poder evidenciar el ahorro generado, la evitación de traslados, el acceso a la medicación y la adherencia al tratamiento a lo largo del tiempo.

7.1. Estandarizar sin reinventar: los standards sets del ICHOM

Un error frecuente al diseñar la medición de resultados es que cada institución desarrolle sus propios instrumentos desde cero, lo que impide comparar resultados entre instituciones o incluso entre servicios de una misma institución. **El Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud (ICHOM, International Consortium for Health Outcomes Measurement) desarrolló, con ese propósito, conjuntos estandarizados de indicadores (standard sets) por condición médica, que a la fecha cubren una proporción significativa —del orden del 60%— de la carga de enfermedad, combinando habitualmente CROM, PROM y variables de ajuste de riesgo para cada condición.**

La recomendación práctica para una institución que inicia su experiencia de VBHC es revisar primero si existe un standard set del ICHOM para la condición médica priorizada, y adaptarlo al contexto local, en lugar de diseñar un instrumento propio desde el inicio: esto acelera la implementación y, sobre todo, habilita la comparación de resultados con otras instituciones de la propia red o del sector, un insumo central para los ciclos de mejora continua.

7.2. Tres dimensiones del resultado: capacidad, consuelo y calma

Además de clasificar los instrumentos de medición, resulta útil ordenar conceptualmente qué es lo que se mide cuando se habla de resultados relevantes para el paciente. Una forma influyente de organizarlo distingue tres dimensiones, que en la literatura en inglés se conocen como las "3 C": capacidad, consuelo y calma.

- **Capacidad:** la habilidad del paciente para hacer las cosas que lo definen como individuo y le permiten ser él mismo; suele registrarse con medidas funcionales (por ejemplo, retorno a las actividades cotidianas tras una cirugía).
- **Consuelo:** el alivio del sufrimiento físico y emocional; no se limita a reducir el dolor, sino que incluye abordar la angustia y la ansiedad que con frecuencia acompañan a la enfermedad.
- **Calma:** la capacidad de vivir con normalidad mientras se recibe atención, es decir, la libertad frente al caos que los pacientes suelen experimentar en el sistema de salud, particularmente relevante para quienes viven con enfermedades crónicas.

Estas tres dimensiones describen resultados que provienen de la eficacia y de la empatía de la atención, y no de su hospitalidad —un conserje amable no mejora la capacidad funcional de un paciente—. Ordenar la medición de resultados alrededor de estas tres dimensiones ayuda a un equipo clínico a distinguir entre indicadores que efectivamente miden valor para el paciente y indicadores que solo miden satisfacción con aspectos hoteleros de la internación.

8. Costeo por condición médica: el método TDABC en la práctica

Medir el valor exige medir también, con precisión, el denominador de la ecuación: el costo del ciclo completo de atención de una condición médica. La mayoría de los sistemas contables hospitalarios fueron diseñados para asignar costos por departamento o por acto facturable, no por paciente ni por condición, lo que deja a buena parte de las instituciones sin visibilidad real sobre cuánto cuesta efectivamente atender a un paciente a lo largo de todo su proceso. El costeo basado en actividades

impulsado por el tiempo (Time-Driven Activity-Based Costing, TDABC) es la metodología más utilizada para resolver este problema.

El método se aplica siguiendo una secuencia de siete pasos:

1. Seleccionar la condición médica y definir el alcance del ciclo completo de atención a costear.
2. Definir el mapa del proceso de atención, identificando cada actividad secuencial del ciclo (por ejemplo, consulta inicial, estudios diagnósticos, procedimiento, seguimiento).
3. Obtener estimaciones de tiempo para cada actividad del proceso.
4. Estimar el costo de cada recurso involucrado en la atención (personal, equipamiento, espacio físico, insumos).
5. Estimar el costo de proporcionar los recursos de atención al paciente, es decir, el costo de todos los recursos directos e indirectos involucrados.
6. Estimar la capacidad de cada recurso y calcular la tasa de costo de capacidad correspondiente.
7. Calcular el costo total de la atención al paciente, combinando el tiempo de cada actividad con la tasa de costo de capacidad de los recursos involucrados.

Caso: Hospital Universitario Cruces (Bilbao, España)

El departamento de finanzas de este hospital desarrolló una herramienta analítica para medir los costos a lo largo del ciclo de atención primaria a secundaria. Aplicando TDABC a la secuencia completa de actividades de la braquiterapia de próstata —desde la preinscripción y la resonancia endorrectal hasta la dosimetría postoperatoria y la revisión por pares—, la institución pudo calcular un costo teórico detallado del ciclo completo. En 2019, el mismo enfoque se utilizó para comparar tres protocolos distintos de implante de neuroestimuladores en pacientes con enfermedad de Parkinson: con resultados clínicos equivalentes entre los tres protocolos, el análisis de costos reveló que uno de ellos resultaba un 53% más económico que el más caro, un hallazgo que hubiera sido invisible sin un costeo por ciclo completo.

Estos ejemplos ilustran un límite importante del TDABC aplicado de forma parcial: los análisis centrados en un producto o servicio específico —por ejemplo, comparar el costo de distintos robots quirúrgicos— son útiles para decisiones puntuales de adquisición, pero no miden el costo del ciclo completo de atención, que es la unidad de análisis que la ecuación de valor requiere. Pese a la utilidad del método, no existe todavía una metodología única y ampliamente aceptada para medir y comparar costos de manera estandarizada entre instituciones, ni siquiera dentro de un mismo país.

Para abordar esta dificultad, el sistema público de salud de Gales (NHS Wales) lanzó una iniciativa —la "Academia de Finanzas"— que asocia a médicos clínicos con líderes financieros hospitalarios en el desarrollo conjunto de metodologías prácticas de costeo, reconociendo que ni los equipos clínicos ni los equipos financieros pueden resolver este problema por separado: los primeros conocen el proceso asistencial, y los segundos, la estructura de costos, pero la traducción entre ambos lenguajes exige trabajo conjunto y sostenido.

8.1. Un ejemplo numérico simplificado

Para fijar la lógica del método con un ejemplo ilustrativo (con cifras hipotéticas, construidas solo con fines didácticos), supongamos una institución que aplica TDABC al ciclo completo de atención de una cirugía programada de cadera:

Actividad	Tiempo estimado	Tasa de costo de capacidad	Costo estimado
Consulta preoperatoria	30 min	\$40/hora	\$20
Estudios prequirúrgicos	45 min	\$60/hora	\$45
Cirugía (quirófano y equipo)	120 min	\$300/hora	\$600
Recuperación postanestésica	180 min	\$50/hora	\$150
Internación (2 días)	48 horas	\$35/hora	\$1.680
Seguimiento y rehabilitación (30 días)	3 consultas de 20 min	\$40/hora	\$40

Cuadro (ejemplo ilustrativo). Costeo simplificado del ciclo completo de una cirugía programada de cadera mediante TDABC (cifras hipotéticas).

Sumando las seis actividades, el costo estimado del ciclo completo asciende a \$2.535 en este ejemplo simplificado, una cifra que puede compararse tanto con lo que efectivamente reconoce el financiador por esa misma cirugía bajo el modelo de pago vigente, como con el costo de protocolos alternativos —por ejemplo, un esquema de recuperación acelerada que reduzca los días de internación—. **El valor pedagógico del ejercicio no está en la cifra final, sino en hacer visibles los seis componentes del costo que, bajo un sistema contable tradicional organizado por departamento, permanecerían dispersos y serían mucho más difíciles de sumar y de comparar entre protocolos alternativos.**

La recomendación práctica para una clínica o sanatorio que inicia este camino es no intentar costear el ciclo completo de todas las condiciones médicas simultáneamente: conviene seleccionar una o dos condiciones de alto volumen o costo, aplicar los siete pasos del TDABC de manera rigurosa sobre ellas, y utilizar esa experiencia piloto para desarrollar la capacidad institucional necesaria antes de escalar el método a otras condiciones.

8.2. La evidencia internacional sobre el uso de TDABC en salud

Una revisión sistemática reciente de Shakya y colaboradores (2025), registrada en PROSPERO y publicada siguiendo las directrices PRISMA, analizó 32 estudios que aplicaron TDABC al análisis económico de la salud entre 2011 y abril de 2025, confirmando empíricamente muchos de los argumentos desarrollados en esta sección y aportando evidencia adicional sobre cómo se está utilizando el método en la práctica internacional.

Dónde y para qué se aplica el TDABC

Del total de estudios revisados, el 78% correspondió a estudios de costeo (análisis de costos, comparación de costos o minimización de costos), y el 22% restante lo utilizó dentro de una evaluación económica completa —análisis de costo-efectividad o de costo-utilidad—, combinando por lo tanto la información de costeo del TDABC con la medición de resultados clínicos desarrollada en la sección 7 de este documento. La aplicación por etapa del continuo de atención mostró un uso predominante en atención secundaria (38% de los estudios), seguida por la gestión a largo plazo (22%), la atención terciaria (22%) y la atención primaria (19%), con una presencia todavía marginal en la atención aguda (6%).

En cuanto a la condición médica estudiada, el tratamiento y manejo del cáncer concentró el 41% de los estudios revisados —con cáncer de mama, próstata, endometrio, pulmón, cuello uterino y orofaríngeo, y la radioterapia como el tratamiento más frecuentemente costeoado—, seguido por la atención de la diabetes (10%). Resulta llamativo que ninguno de los estudios de cáncer haya avanzado hacia una evaluación económica completa: todos se limitaron al costeo, lo que sugiere una oportunidad todavía desaprovechada de combinar el TDABC con la medición sistemática de PROM en oncología.

Un antecedente regional: el costeo del accidente cerebrovascular en América Latina

Estudio multipaís en la región

Uno de los estudios más recientes incluidos en la revisión, de Dittrich y colaboradores (2025), aplicó el marco de ocho pasos de TDABC al costeo del accidente cerebrovascular isquémico agudo en centros de atención de siete países de la región —Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Perú y Uruguay—, en el nivel de atención terciaria. Este antecedente es particularmente relevante para la gestión de clínicas y sanatorios argentinos: demuestra que el TDABC ya se está aplicando, con rigor metodológico, a condiciones médicas de alta prevalencia en instituciones de la propia región, y no es exclusivamente una herramienta de sistemas de salud de altos ingresos.

Las ventajas de TDABC confirmadas empíricamente

Coincidiendo con lo ya desarrollado en la sección 8 de este documento, las ventajas más citadas por los estudios revisados fueron identificar el costo exacto de la atención (41% de los estudios), detectar el desperdicio de recursos (22%), lograr ahorros de costos concretos (16%) y generar valor en la atención médica de manera explícita (13%). La identificación del desperdicio y la creación de valor se reportaron de manera consistente en atención primaria, secundaria y de gestión a largo plazo, mientras que la creación de valor se destacó especialmente en la atención terciaria, el nivel de mayor concentración de recursos.

Un hallazgo metodológico central de esta revisión es que los estudios que combinaron enfoques híbridos de recolección de datos —observación directa del proceso asistencial junto con entrevistas al personal— reportaron de manera consistente evaluaciones de costos más confiables, detalladas y utilizables para la toma de decisiones, frente a los estudios que se apoyaron en una sola fuente de datos. Esta es una recomendación práctica directa para cualquier institución que inicie su propio

proyecto piloto de TDABC: no basta con entrevistar al personal sobre los tiempos que estima dedicar a cada actividad, conviene contrastar esa estimación con observación directa del proceso real.

Marco de siete versus ocho pasos: qué aporta el paso adicional

La revisión confirma que el marco de siete pasos, introducido por Kaplan y Porter en 2011 y desarrollado en la sección 8 de este documento, sigue siendo el más utilizado en la práctica (84% de los estudios), frente a un marco de ocho pasos más reciente, propuesto por Da Silva Etges y colaboradores en 2019, que agrega un paso final de análisis de datos de costos —generación de gráficos y tablas que faciliten la toma de decisiones— y amplía el primer paso para incluir explícitamente la identificación de la pregunta de investigación o la tecnología a evaluar, lo que lo vuelve más adecuado para estudios de evaluación económica completa.

Un hallazgo relevante para la calidad de la implementación es que buena parte de los estudios que aplicaron el marco de siete pasos presentó fallas metodológicas concretas: un 22% omitió o describió de manera inadecuada el mapa de procesos gráfico (el tercer paso), y un 30% calculó la capacidad práctica de los recursos sin descontar el tiempo no dedicado directamente al paciente —licencias, capacitación, descansos—, lo que sobreestima la capacidad real disponible y distorsiona el costo final calculado. Los estudios que utilizaron el marco de ocho pasos, en cambio, mostraron una adherencia metodológica más consistente, incluyendo en todos los casos un mapa de procesos gráfico y una consideración explícita del tiempo no productivo en el cálculo de capacidad.

La recomendación práctica que se desprende de esta evidencia es adoptar, siempre que sea posible, el marco de ocho pasos en lugar del de siete —incorporando el análisis de datos de costos como paso final y describiendo con precisión los primeros pasos del método—, precisamente porque es el que exhibió menor variabilidad y mayor calidad metodológica en la revisión. En la evaluación de calidad global de los 32 estudios, un 59% alcanzó un nivel de calidad alto, aunque con márgenes de mejora recurrentes en la presentación del costo por paciente individual y en el uso de tecnología digital para el registro de datos en tiempo real, esta última presente en apenas un 6% de los estudios.

8.2. Compra basada en el valor (Value-Based Procurement)

Conocer el costo real del ciclo completo de atención, como permite el TDABC, es una condición necesaria pero no suficiente para generar valor: buena parte de ese costo está determinado, antes incluso de que el paciente ingrese, por las decisiones de compra de equipamiento, insumos, prótesis, dispositivos médicos y medicamentos que la institución realiza. Por eso la compra basada en el valor (Value-Based Procurement, VBP) es un componente indispensable de la VBHC, y no un capítulo aparte de la administración: es, en la práctica, la puerta de entrada al costo del ciclo de atención, y una decisión de compra mal fundamentada puede anular por completo el valor que un equipo clínico logra generar del lado asistencial.

Qué es la compra basada en el valor

La VBP consiste en tomar decisiones de adquisición de bienes y servicios sanitarios en función del valor que generan a lo largo de todo su ciclo de uso —resultados clínicos, durabilidad, tasa de complicaciones asociadas, costo de mantenimiento, capacitación necesaria— y no exclusivamente en función de su precio de compra inicial. Un dispositivo o un insumo más caro en el momento de la

adquisición puede generar, sin embargo, un valor total superior si reduce complicaciones, reingresos, tiempos de quirófano o necesidad de recambio anticipado; a la inversa, la opción de menor precio puede terminar siendo la más costosa una vez que se contabiliza el ciclo completo de su uso.

Esta lógica traslada al área de compras el mismo principio que organiza toda la VBHC: dejar de medir el desempeño por el costo de un ítem aislado, y empezar a medirlo por el resultado y el costo total del ciclo en el que ese ítem se inserta. Del mismo modo que un profesional no debería decidir un tratamiento mirando solo el costo de la primera consulta, un área de compras no debería decidir una adquisición mirando solo el precio unitario de la orden de compra.

Por qué es indispensable para hacer compra basada en el valor

Sin compra basada en el valor, el costeo por TDABC desarrollado en la sección 8.1 de este documento queda incompleto en su origen: buena parte de los recursos que ese método intenta costear con precisión —insumos, prótesis, equipamiento— fueron adquiridos, en primer lugar, sin ningún criterio de valor, sino por precio unitario o por relación comercial con el proveedor. Una institución puede tener el mejor diseño de UIP, el mejor tablero de PROM y el costeo TDABC más riguroso, y aun así perder buena parte del valor generado si sus decisiones de compra siguen ancladas exclusivamente al precio de lista de cada insumo.

La VBP es, además, el punto de conexión más directo entre la agenda clínica de valor y la agenda de logística y compras hospitalarias desarrollada en la sección 15.1 de este documento: mientras esa sección analiza la logística desde la perspectiva operativa, la VBP aporta el criterio de decisión que debe aplicarse en el momento específico de elegir entre proveedores o entre alternativas técnicas.

Dónde y cómo aplicarla

- Incorporar criterios de resultado clínico y de costo total de ciclo de vida del producto —no solo el precio de adquisición— en los pliegos y en los criterios de evaluación de toda compra relevante de equipamiento, prótesis e insumos de alto impacto.
- Priorizar, para el arranque, las categorías de compra de mayor variabilidad de precio y de mayor impacto clínico potencial: prótesis e implantes, dispositivos de uso prolongado, y equipamiento de diagnóstico de alto costo.
- Exigir a los proveedores evidencia de resultados clínicos y de tasas de complicación o de recambio, del mismo modo que se exige evidencia científica antes de adoptar un protocolo clínico nuevo, como se desarrolló en la sección 2.2 de este documento.
- Integrar al área de compras al mismo proceso de costeo TDABC de la condición médica priorizada, en lugar de tratarla como una función administrativa aislada del proyecto clínico de VBHC.
- Medir, para las categorías de compra priorizadas, un indicador de costo total de ciclo de vida (precio de adquisición más costo de mantenimiento, de recambio y de complicaciones asociadas), y no solo el precio unitario negociado en cada licitación o compra directa.

Aplicada de manera sistemática, la compra basada en el valor convierte a la función de compras en una aliada activa de la VBHC, y no en un obstáculo silencioso: sin ella, ningún esfuerzo clínico de

medición de resultados y de costeo por condición médica puede traducirse plenamente en un valor real y sostenible para el paciente, para la institución y para el financiador.

8.3. Barreras y facilitadores de la contratación basada en el valor: evidencia empírica

Un estudio reciente de Tip, Uenk y Schotanus, realizado en el sistema de salud neerlandés, aporta evidencia empírica específica sobre este componente de la VBHC. A través de entrevistas semiestructuradas con veinte compradores de hospitales generales y universitarios holandeses, los autores identificaron las barreras y los facilitadores propios de la compra basada en el valor (Value-Based Procurement, VBP) en el ámbito hospitalario, utilizando una versión adaptada del Marco de Dominios Teóricos (Theoretical Domains Framework), un esquema de quince dominios — conocimientos clínicos, habilidades de adquisición, contexto y recursos ambientales, influencia de las partes interesadas, incentivos, entre otros— originalmente desarrollado para estudiar el cambio de comportamiento en salud, y adaptado en este estudio específicamente a la función de compras.

El estudio es especialmente relevante para esta master class porque distingue la compra hospitalaria de la contratación que realizan los financiadores: mientras las aseguradoras compran habitualmente servicios de salud agrupados, los hospitales compran también productos tangibles —dispositivos médicos, insumos, inmuebles— con la particularidad adicional de que los especialistas médicos ejercen una influencia decisiva sobre decisiones que, en el papel, corresponden al área de compras.

Las barreras más frecuentes

- **Habilidades de adquisición insuficientes:** la barrera más citada. Muchos compradores no cuentan con conocimiento específico sobre VBP, ni con la capacidad de persuadir a especialistas médicos y otras partes interesadas para adoptar un criterio distinto al del precio.
- **Contexto y recursos ambientales:** los procesos de VBP requieren más tiempo que la compra tradicional, y muchas instituciones se perciben a sí mismas —o a sus proveedores— como demasiado inmaduras para sostenerlo, sin presupuesto específico asignado.
- **Foco exclusivo en el ahorro de costos:** cuando el área de compras es evaluada únicamente por el precio conseguido, adoptar un criterio de valor implica un cambio de cultura organizacional difícil de lograr sin un cambio explícito en los objetivos de esa área.
- **Preferencia de marca y de proveedor por parte del usuario final:** la resistencia de los profesionales médicos a modificar sus preferencias de marca, muchas veces influidas por su formación o por el vínculo con el proveedor, complica alinear a todas las partes interesadas detrás de un criterio de valor.
- **Estructura financiera y de reembolso:** cuando el esquema de pago vigente no reconoce económicamente los resultados de una compra de mayor valor —por ejemplo, si un dispositivo que reduce las reinternaciones también reduce el reembolso que recibe la institución por esas reinternaciones evitadas—, la propia estructura de pago desincentiva la adopción de VBP, en línea con lo ya señalado en la sección 2.3 de este documento sobre las formas de pago como vertiente bloqueante.
- **Baja prioridad estratégica: en ausencia de un mandato explícito,** la VBP compite en desventaja con otros proyectos institucionales percibidos como más urgentes.

Los facilitadores más frecuentes

- **Involucrar tempranamente a las partes interesadas** —especialistas médicos, usuarios finales, financiadores— antes de avanzar con el proceso de compra, y no solo al momento de comunicar una decisión ya tomada.
- **Contar con un líder o "embajador" del proyecto**, capaz de explicar el enfoque de VBP a otros departamentos y de sostenerlo frente a la resistencia inicial.
- **Construir una relación de confianza entre comprador y proveedor**, sostenida en el tiempo y no limitada a una única negociación puntual.
- **Comprender que se está comprando un resultado**, y no un producto aislado: los compradores que internalizan este principio identifican con mayor facilidad qué criterios de valor aplicar en cada categoría de compra.
- **Avanzar con pasos pequeños y proyectos piloto acotados**, en lugar de intentar transformar de una vez toda la función de compras de la institución.
- **Compartir mejores prácticas y casos exitosos entre compradores**, lo que ayuda a superar el escepticismo inicial sobre la utilidad real de la VBP.

Un hallazgo particularmente útil para la gestión es que, aunque muchos compradores anticipan que la VBP requerirá más tiempo, quienes ya la implementaron reportan haber ahorrado tiempo una vez superada la etapa inicial, gracias a procesos de negociación más claros y a relaciones más estables con los proveedores. Esto sugiere que la inversión de tiempo inicial en un proyecto piloto de VBP —de manera análoga a la inversión de recursos en la primera condición médica descrita en la sección 12.1 de este documento— tiende a compensarse en el mediano plazo, y no debería usarse como argumento para postergar indefinidamente su adopción.

8.4. Compra de tecnología basada en el valor: mecanismos contractuales

Un caso particular de la compra basada en el valor, y de creciente relevancia para la gestión de clínicas y hospitales, es la adopción de tecnología sanitaria: dispositivos médicos, software de diagnóstico asistido, plataformas de inteligencia artificial y equipamiento digital en general. **Una revisión narrativa reciente de Teymourifar (2025), publicada en la revista Systems, advierte que la tecnología sanitaria es, en este sentido, un arma de doble filo: bien integrada, mejora los resultados clínicos y la eficiencia; mal gestionada, puede agravar el uso excesivo, el uso insuficiente, el uso indebido y el desperdicio de recursos, incluso cuando la tecnología en sí misma es de calidad.**

El argumento central de esa revisión es que el mecanismo contractual con el que se adquiere una tecnología —y no solo la calidad técnica de la tecnología— determina en gran medida si esa adopción genera o destruye valor. **El pago por servicio tradicional, aplicado a la compra de tecnología, tiende a favorecer el uso excesivo: el proveedor de tecnología cobra por cada uso, independientemente del resultado clínico que ese uso produzca. Frente a esto, la literatura de gestión de la cadena de suministro —de donde provienen la mayoría de estos mecanismos— ofrece alternativas contractuales que distribuyen el riesgo de manera distinta entre la institución, el proveedor de tecnología y el financiador.**

Mecanismo contractual	En qué consiste	Quién asume el mayor riesgo
Contratación por desempeño	El proveedor de tecnología cobra en función de mejoras medibles en los resultados (por ejemplo, mayor precisión diagnóstica), y no por cada uso.	Proveedor de tecnología
Pago basado en población	La institución recibe un monto fijo per cápita para gestionar la salud de una población definida, incorporando la tecnología dentro de ese presupuesto.	Institución prestadora
Pago por episodio (paquete)	Un pago único cubre todo el episodio de atención de una condición, incluida la tecnología utilizada dentro de ese ciclo.	Institución prestadora
Reparto de costos	La inversión inicial en la tecnología se divide entre la institución y el proveedor tecnológico, con descuentos o pagos diferidos.	Compartido
Precios diferenciados	El monto reembolsado varía según el valor clínico del uso, el tipo de servicio o las características de la población atendida.	Financiador
Contratos de recompra	El proveedor de tecnología se compromete a recomprar licencias no utilizadas o a actualizar software obsoleto sin costo adicional.	Proveedor de tecnología
Reparto de ingresos	El proveedor de tecnología solo percibe ingresos cuando la institución utiliza efectivamente la herramienta y genera servicios facturables.	Proveedor de tecnología

Cuadro (síntesis). Mecanismos contractuales para la adopción de tecnología basada en el valor (adaptado de Teymourifar, 2025).

Ningún mecanismo es universalmente superior: cada uno traslada el riesgo financiero a un actor distinto, y esa distribución de riesgo debe decidirse en función de quién está en mejores condiciones de gestionarlo en cada caso concreto. La contratación por desempeño y el reparto de ingresos resultan especialmente adecuados cuando la institución quiere verificar el valor clínico real de una tecnología antes de comprometerse a pagarla por completo, trasladando al proveedor de tecnología buena parte del riesgo de que la herramienta no cumpla lo prometido. El pago basado en población o por episodio, en cambio, traslada el riesgo hacia la propia institución prestadora, lo que exige una capacidad de gestión de costos más madura —del tipo desarrollado en la sección 8.1 de este documento mediante TDABC— antes de asumirlo con responsabilidad.

La recomendación práctica para una clínica o sanatorio que evalúa incorporar una nueva tecnología es, en consecuencia, no limitarse a negociar el precio de compra: conviene evaluar, junto con el área de compras (sección 8.2) y aplicando los criterios de valor allí desarrollados, cuál de estos mecanismos contractuales distribuye el riesgo de manera más adecuada a la madurez de la institución y a la incertidumbre real sobre el valor clínico de la tecnología en cuestión. Una institución

que recién comienza su experiencia con una tecnología nueva se beneficia, en general, de mecanismos que trasladan mayor riesgo al proveedor —desempeño, recompra, reparto de ingresos—, y solo debería avanzar hacia mecanismos que concentran el riesgo en la propia institución una vez que cuenta con evidencia interna sólida sobre el valor real de esa tecnología.

8.5. Pagar menos y gastar más: cómo no comprar basado en valor termina costando más

Pennestrì, Lippi y Banfi advierten, en una revisión ya clásica sobre este tema, que el desempeño de la atención médica se evaluó durante mucho tiempo mirando por separado dos variables —resultados y costos— sin definir con precisión qué resultados importan realmente al paciente y qué costos puede razonablemente reducir o aumentar un proveedor frente a su financiador. Esa falta de definición abre la puerta a un error de gestión recurrente: elegir la opción de compra más barata en el momento de la adquisición, y terminar gastando más a lo largo del ciclo completo de atención.

El mecanismo de este error es sencillo de describir y difícil de erradicar: frente a la presión por reducir gastos, un comprador puede verse tentado a priorizar el ahorro en insumos individuales —stents, prótesis, estudios diagnósticos— para intentar acortar la internación o reducir el costo unitario de un procedimiento. Priorizar el volumen y el precio unitario por sobre el valor generado es, según los autores, particularmente dañino en el tratamiento de enfermedades crónicas, donde el volumen de prestaciones rara vez es proporcional al valor generado para el paciente, y en ocasiones incluso se le opone.

Cuatro dimensiones del valor que el precio bajo no captura

Para entender por qué "pagar menos" puede terminar en "gastar más", los autores retoman un informe de la Comisión Europea que descompone el valor en cuatro dimensiones distintas, cada una de las cuales puede perderse si la decisión de compra se guía únicamente por el precio:

- Valor personal: que la atención responda a los objetivos concretos de cada paciente, y no solo a un protocolo estandarizado.
- Valor técnico: que se logren los mejores resultados posibles con los recursos disponibles, no el resultado más barato posible.
- Valor asignativo: que los recursos se distribuyan de manera equitativa entre todos los grupos de pacientes, no solo entre quienes pueden pagar la opción más costosa.
- Valor social: la contribución de la atención a la participación y la conexión social del paciente con su comunidad.

Una decisión de compra que se apoya solo en el precio de adquisición puede satisfacer, en el mejor de los casos, una fracción del valor técnico, y descuida sistemáticamente las otras tres dimensiones, generando gastos ocultos que no aparecen en el momento de la compra, pero sí en los meses o años siguientes.

Ejemplos concretos de "pagar menos, gastar más"

Cadena de suministro de sangre

Citando una directriz de la Organización Mundial de la Salud sobre la cadena de suministro de productos sanguíneos, los autores señalan que un producto de mayor precio de adquisición puede justificarse ampliamente por su mayor vida útil y sus menores costos de mantenimiento, frente a alternativas más baratas que exigen reposiciones más frecuentes o generan más desperdicio.

Hemograma completo en medicina de laboratorio

El hemograma completo es una prueba barata, rápida y ampliamente disponible, pero con alto impacto en un gran número de decisiones diagnósticas y terapéuticas posteriores. Adquirir el instrumental para realizarlo eligiendo solo la opción más económica, sin considerar la precisión del equipo en distintos entornos clínicos (por ejemplo, pacientes con leucemia frente a la población general), puede generar diagnósticos menos precisos y decisiones clínicas posteriores más costosas.

Prótesis de cadera y rodilla en cirugía ortopédica

La evidencia citada por los autores muestra que, en artroplastia de cadera y rodilla, las mejores prótesis no fueron las más baratas, sino las que ofrecieron los mejores beneficios clínicos y económicos a largo plazo. Elegir la prótesis de menor costo de adquisición, sin considerar su tasa de recambio o de complicaciones, traslada el ahorro inicial a un gasto mayor en reintervenciones futuras.

Cuatro principios prácticos de la experiencia neerlandesa

Los autores destacan cuatro principios, verificados en proyectos piloto neerlandeses de compra basada en el valor (cirugía de cataratas, cirugía de cáncer de mama, atención materna y neonatal, salud mental, adicciones), que resumen de manera muy concreta cómo evitar el error de "pagar menos, gastar más":

- 1. No es el comprador quien especifica en detalle cómo debe ejecutarse la prestación, sino el proveedor, apoyado en su propia experiencia.**
- 2. El proveedor asume la responsabilidad principal por el resultado final obtenido, y no solo por cumplir una especificación técnica.**
- 3. El comprador no fija requisitos mínimos de producto rígidos durante todo el proceso de selección, dejando margen para que el valor —y no solo el cumplimiento formal— oriente la elección.**
- 4. La selección del proveedor se basa principalmente en evidencia objetiva y medible de su desempeño anterior, y no en el precio o el costo más bajo ofrecido.**

Estos cuatro principios son coherentes con los desarrollados en la sección 8.2 de este documento sobre compra basada en el valor, y aportan una formulación complementaria útil para la gestión: en lugar de preguntar "¿cuál es la opción más barata que cumple el requisito mínimo?", la pregunta que evita gastar más a mediano plazo es "¿qué proveedor tiene la mejor evidencia de resultados, y qué margen de autonomía puedo darle para que los sostenga?". Involucrar activamente al paciente en la definición de qué resultados importan —mediante PROM y PREM, ya desarrollados en la sección 7 de este documento— es, según los autores, un paso indispensable para que esta pregunta pueda responderse con evidencia real, y no con supuestos genéricos sobre qué es lo que el paciente valora.

Para situar el marco conceptual en la evidencia empírica disponible, esta master class incorpora los resultados de una revisión exploratoria (scoping review) publicada en 2025 en *Frontiers in Public Health* por Khalil, Ameen, Davies y Liu, que sigue la metodología JBI y el protocolo PRISMA-ScR. La revisión identificó 2.785 registros en bases de datos (incluyendo Ovid MEDLINE, Embase, Global Health, Cochrane y APA PsycInfo, entre otras), de los cuales, tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de elegibilidad, quedaron 145 estudios incluidos en el análisis final, publicados en inglés entre 2000 y noviembre de 2023.

9. Evidencia internacional reciente: la revisión exploratoria de Khalil et al. (2025)

Para situar el marco conceptual en la evidencia empírica disponible, esta master class incorpora los resultados de una revisión exploratoria (scoping review) publicada en 2025 en *Frontiers in Public Health* por Khalil, Ameen, Davies y Liu, que sigue la metodología JBI y el protocolo PRISMA-ScR. La revisión identificó 2.785 registros en bases de datos (incluyendo Ovid MEDLINE, Embase, Global Health, Cochrane y APA PsycInfo, entre otras), de los cuales, tras eliminar duplicados y aplicar los criterios de elegibilidad, quedaron 145 estudios incluidos en el análisis final, publicados en inglés entre 2000 y noviembre de 2023.

9.1. Dónde y cómo se estudia la VBHC

La distribución geográfica de la evidencia está fuertemente concentrada: Estados Unidos aporta aproximadamente dos tercios de los estudios (65%), seguido por un conjunto de países europeos (17%); Brasil, el Reino Unido y Australia contribuyen con proporciones menores, y países como India y China —los más poblados del mundo— apenas están representados, probablemente por barreras idiomáticas y por una menor disponibilidad de recursos para explorar nuevos modelos de financiación y de atención basados en valor, pese a que la VBHC podría ser especialmente relevante para sistemas con recursos limitados.

En cuanto al diseño, predominan ampliamente los estudios de cohorte (67%) y los estudios transversales (19%), mientras que los ensayos controlados aleatorizados y la investigación cualitativa representan una proporción marginal. En términos de población, la categoría más frecuente después de un heterogéneo grupo de 'otros' (32%) es la de hospitales y sistemas de salud en su conjunto (13%), seguida por pacientes quirúrgicos, ortopédicos y oncológicos.

9.2. Modelos de financiación y de prestación

Solo un 68% de los estudios reportó explícitamente un modelo de financiación. Entre quienes lo hicieron, la compra basada en el valor (value-based purchasing) es el modelo más frecuente (38%), seguido por el costeo basado en actividades impulsado por el tiempo y el tradicional pago por servicio (en torno al 15-16% cada uno); el pago por desempeño aparece en un 11,5% de los casos, y modelos más sofisticados —pago por atención integral, capitación, programas de ahorro compartido— son claramente minoritarios.

Respecto de los modelos de prestación, el modelo hospitalario sigue siendo predominante (54%), seguido por el ambulatorio (34%); los modelos mixtos, la telemedicina y la atención móvil representan en conjunto menos del 10% de los estudios, lo que sugiere que —al menos hasta 2023— la VBHC se implementó mayormente dentro de las estructuras tradicionales de prestación, con la telemedicina como una tendencia emergente pero todavía acotada.

9.3. Ocho categorías de resultados medidos en la literatura

Las medidas de resultado reportadas en los 145 estudios de la revisión son heterogéneas, pero pueden agruparse en ocho categorías que resultan útiles como checklist al momento de diseñar el tablero de indicadores de un proyecto propio de VBHC:

1. **Impacto en los profesionales de la salud:** eficiencia, tiempo y utilización de recursos —por ejemplo, el costo de oportunidad de la participación de residentes en cirugía, o los impactos financieros del inicio de diálisis para los profesionales bajo contratos basados en el valor.
2. **Resultados en los pacientes:** salud lograda por dólar gastado y mejoras en calidad de vida —por ejemplo, indicadores de resultado para cáncer de pulmón que incluyen PROM y métricas de supervivencia, o el uso de PROM para medir la conciencia de pacientes con cáncer de mama sobre su funcionamiento diario.
3. **Resultados del proveedor:** impacto de los modelos de pago en la experiencia y en la frustración de los proveedores —por ejemplo, la insuficiencia percibida de los reembolsos fijos en programas de atención ortopédica basados en el valor.
4. **Impacto de los costos en los pacientes:** implicaciones económicas directas —por ejemplo, una reducción del 11% en los costos de estancia hospitalaria en apendicitis pediátrica mediante TDABC, o un ahorro de aproximadamente 71 libras por paciente en un modelo rediseñado de adquisición de insumos.
5. **Impacto en la calidad de vida de los pacientes:** mejoras variadas bajo modelos de VBHC —por ejemplo, mejores calificaciones de calidad en programas de compra basada en el valor de atención domiciliaria.
6. **Impacto en los costos para los proveedores:** efectos económicos sobre las instituciones —por ejemplo, análisis de costos de reembolso a 90 días en artroplastias, identificando comorbilidades y reingresos como principales impulsores de costo.
7. **Impacto en la calidad de los proveedores:** resultados de mayor calidad asociados a programas de coordinación de la atención, que además compensan sus propios costos al reducir hospitalizaciones innecesarias.
8. **Impacto en los sistemas de atención médica:** resultados a nivel de todo el sistema, como la reducción de ingresos hospitalarios, de visitas no urgentes a servicios de emergencia, o el uso de puntuaciones de rendimiento para categorizar hospitales dentro de un modelo de atención basado en el valor.

Diseñar el tablero de indicadores de un proyecto propio recorriendo estas ocho categorías —en lugar de limitarse a los resultados clínicos más evidentes— ayuda a anticipar de qué manera el proyecto

afectará a cada uno de los actores del ecosistema descrito en la sección 9.6, y facilita argumentar su valor frente a audiencias distintas: un resultado clínico convence a un comité médico, pero un impacto de costos documentado con la misma rigurosidad es lo que convence a un financiador.

9.4. Barreras y facilitadores

La revisión sistematiza las barreras y los facilitadores más frecuentemente reportados para la implementación de VBHC en la literatura internacional:

Barreras	Facilitadores
Financiación e incentivos insuficientes; baja adhesión voluntaria a programas de reforma por su complejidad administrativa.	Mejores resultados clínicos y mayor eficiencia en costos demostrados en experiencias piloto.
Resistencia al cambio de los profesionales de salud, por falta de involucramiento del liderazgo.	Implementación de PROM, que mejora la conciencia del paciente sobre sus propios resultados de salud.
Falta de infraestructura de datos y de TI adecuada para capturar medidas de resultado.	Transparencia de datos y benchmarking entre proveedores, que motiva la mejora continua.
Persistencia del pago por servicio, que no responsabiliza a los proveedores por los resultados del ciclo completo.	Incentivos financieros y estructuras de bonificación alineadas con el desempeño.
Barreras organizativas y estructurales para pasar de un modelo por especialidad a uno por condición, con apoyo insuficiente a la atención multidisciplinaria.	Liderazgo médico inspirador y colaboración multidisciplinaria.

Cuadro 4. Barreras y facilitadores de la implementación de VBHC (adaptado de Khalil et al., 2025).

9.5. En diálogo con otras revisiones

La revisión de Khalil et al. coincide en lo sustancial con otra revisión reciente de Fernández-Salido y colaboradores (2024), publicada en el International Journal of Environmental Research and Public Health, que también encuentra consenso en la definición de VBHC —mejorar resultados de salud en relación con el costo— pero variabilidad en cómo distintos estudios la interpretan e implementan en la práctica, y señala la falta de evaluaciones de efectividad a largo plazo como una limitación recurrente. Esta revisión, centrada específicamente en los elementos clave y los resultados de la implementación, identificó 12 estudios (de 2.801 registros iniciales) publicados entre 2013 y 2023, la mayoría de metodología cualitativa.

Definiciones de valor: consenso y matices

Los 12 estudios revisados por Fernández-Salido y colaboradores coinciden en colocar al paciente en el centro de la definición de VBHC, y en el 72,7% de los casos la definición articula explícitamente una relación entre resultados y costos, en línea con la definición original de Porter y Teisberg. Sin embargo, los matices son relevantes: algunos autores enfatizan que "el valor consiste en lo que más

importa a los pacientes", otros lo definen como "los mejores resultados de salud y la mejor experiencia posible para el paciente, divididos por los costos para lograr esos resultados", y otros incorporan explícitamente la satisfacción laboral y la carga de trabajo de los profesionales como parte del valor generado, y no solo como un efecto colateral de la implementación.

Cinco elementos clave, con un orden de relevancia

A diferencia de la lista de ocho competencias de gestores o de los seis principios de Porter ya desarrollados en este documento, esta revisión ordena los elementos clave de la implementación según su frecuencia de aparición en la literatura:

1. **Liderazgo:** presente en nueve de los doce estudios (75%), descrito como perseverante, comprometido durante todo el proceso, capaz de motivar al equipo y de aportar nuevas ideas; los estudios difieren en si ese liderazgo recae en el director del hospital, en un líder clínico o en un líder médico específico, y en si su relevancia es mayor en la fase previa a la implementación o durante la implementación misma.
2. **Participación de la perspectiva del paciente:** presente en la mayoría de los estudios, con matices sobre si debe incluirse al paciente directamente o a sus representantes, y sobre si su participación debe limitarse a la fase de implementación o extenderse también al diseño previo del proyecto.
3. **Organización en unidades de atención integradas:** coincidiendo también en el 75% de los estudios con el liderazgo como elemento más citado, se enfatiza que los sistemas organizados por departamentos especializados dificultan evaluar resultados y costos a lo largo de todo el proceso, y que la reorganización hacia unidades por condición médica es un paso necesario en la fase de preimplementación.
4. **Estandarización de medidas de resultados y accesibilidad de los datos:** mencionada en más de la mitad de los estudios, con énfasis particular en el rol habilitante de las tecnologías de la información —plataformas de registro de PROM, sistemas de codificación de resultados, registros nacionales de datos— para sostener la medición sistemática.
5. **Disponibilidad de recursos suficientes, en tiempo y capital humano:** el tiempo se identificó como uno de los recursos más críticos, tanto para preparar a los equipos antes de la implementación como para sostener la capacidad de reflexión y ajuste una vez que el modelo está en marcha; el capital humano incluye tanto a equipos multidisciplinarios internos como, en algunos casos, a consultores externos que estructuran el trabajo durante los primeros meses.

Resultados positivos documentados

En el 66,6% de los estudios revisados por Fernández-Salido y colaboradores se reportaron resultados predominantemente positivos, entre ellos: mayor cooperación real entre departamentos antes fragmentados; mejor comprensión de los distintos subgrupos de pacientes dentro de cada condición médica; mayor accesibilidad de los pacientes a la atención en el nivel apropiado; mejora en la calidad

de los datos al registrarlos sistemáticamente desde la fuente primaria; y mayor sostenibilidad organizacional, particularmente en instituciones donde el compromiso profesional y el liderazgo eran sólidos. Un hallazgo especialmente relevante para la gestión es que involucrar a profesionales externos al equipo original de VBHC —de otros hospitales o de otras unidades que atienden al mismo grupo de pacientes— facilitó la difusión de mejores prácticas más allá del equipo piloto inicial.

El 33,4% restante de los estudios no reportó resultados específicos, lo que los propios autores atribuyen a la ausencia de una base estandarizada para seleccionar los elementos clave de la implementación: cuando cada estudio define de manera distinta qué elementos incluir, se vuelve más difícil también definir y comparar qué resultados atribuir a esa implementación.

Sin embargo, existen matices adicionales frente a otros trabajos. Van Staaldin y colaboradores enfatizan que muchas organizaciones adoptan solo componentes aislados de la VBHC —por ejemplo, medición de resultados sin unidades de práctica integrada— en lugar de un enfoque integral, lo que dificulta comparar estudios y evaluar el impacto real del modelo. Por su parte, De Mattia y colaboradores proponen un análisis más estructurado en tres niveles —macro (gobierno y políticas), meso (administración hospitalaria) y micro (proveedores)—, y concluyen que los hospitales no pueden lograr la transición a VBHC de forma aislada: se requiere un enfoque multinivel que incluya apoyo gubernamental y modelos de reembolso adecuados.

Esta discusión entre revisiones es en sí misma una lección para la gestión: la ausencia de una conceptualización unificada de "valor" en la literatura internacional explica buena parte de la heterogeneidad de resultados reportados, y advierte contra la tentación de implementar VBHC como una etiqueta antes que como un cambio integral de modelo de atención.

9.6. Limitaciones de la evidencia disponible

Conviene que el estudiante incorpore también las limitaciones que los propios autores reconocen: la heterogeneidad de poblaciones, entornos y modelos dificulta estandarizar comparaciones; buena parte de los estudios son observacionales, lo que limita establecer relaciones causales; la evidencia está sesgada geográficamente hacia Estados Unidos y Europa; los datos suelen ser autorreportados por proveedores, con riesgo de sesgo de deseabilidad social; y el seguimiento a largo plazo es escaso, por lo que la sostenibilidad de los beneficios de la VBHC en el tiempo sigue siendo, en gran medida, una pregunta abierta.

La revisión de Fernández-Salido y colaboradores reconoce limitaciones adicionales y complementarias: su protocolo de estudio no fue registrado siguiendo las directrices PRISMA 2020, la búsqueda se limitó a estudios en inglés y español, y la amplia mayoría de los estudios incluidos emplea metodología cualitativa, lo que limita la generalización estadística de sus hallazgos. Un señalamiento particularmente relevante para la gestión es que buena parte de los estudios de este campo se limitan a narrar experiencias de implementación, sin evaluar de manera rigurosa la efectividad de la intervención a nivel de todo el sistema de salud, lo que deja a las instituciones que buscan replicar estas experiencias sin garantías firmes de que los resultados positivos reportados se repetirán en su propio contexto.

9.7. El ecosistema de actores y la "sombra" de los costos

Un obstáculo poco visible pero recurrente en la implementación de VBHC es que buena parte de las instituciones desconoce con precisión su propia estructura real de costos por condición médica: los costos existen, pero permanecen en una zona de sombra, distribuidos entre partidas contables generales que no permiten identificar cuánto cuesta efectivamente el ciclo completo de atención de un paciente con una condición específica. Abrir esa "caja negra" de los costos —mediante metodologías como el costeo basado en actividades impulsado por el tiempo mencionado en la sección 7— suele ser, en la práctica, la primera barrera técnica que una institución debe resolver antes de poder medir el valor que genera.

La VBHC involucra, además, un ecosistema de actores con intereses parcialmente distintos entre sí: el paciente, el profesional de la salud, el gestor de la institución, el financiador y la industria proveedora de tecnología y medicamentos. Alinear a estos cinco actores alrededor de un objetivo común de valor es costoso y requiere sostener en el tiempo condiciones de cooperación —y no de competencia oportunista— entre ellos, particularmente en mercados donde la concentración de algunos actores (por ejemplo, la industria proveedora) puede generar presiones que dificultan la transición hacia modelos de pago por resultados.

9.8. Otra síntesis de barreras y estrategias de implementación

Una síntesis complementaria a la de Khalil et al., elaborada por organizaciones dedicadas a la difusión de la atención centrada en la persona y la VBHC, coincide en identificar un conjunto de barreras recurrentes para la implementación: la escasez de personal dedicado a sostener el proceso, los bajos niveles de comprensión y de entrenamiento en la medición de resultados, la falta de recursos tecnológicos adecuados, la dificultad para calcular los costos totales asociados a la atención, el escaso conocimiento general sobre el modelo y sus principios, y los problemas logísticos que restringen la interacción entre los distintos actores del sistema.

Frente a estas barreras, la misma síntesis propone cinco estrategias de implementación: contar con infraestructura tecnológica robusta que permita integrar y analizar datos de manera efectiva; desarrollar procesos de formación continua del personal médico y administrativo en los principios de la VBHC; promover una cultura centrada en el paciente que valore la comunicación abierta y la colaboración; implementar mecanismos de medición y evaluación que permitan monitorear el impacto de las intervenciones y ajustarlas cuando sea necesario; y fomentar la colaboración entre financiadores y otros socios estratégicos, para alinear incentivos y recursos entre la calidad del cuidado y la sostenibilidad económica del sistema.

9.9. ¿La VBHC efectivamente reduce el costo de la salud? Síntesis de la evidencia

Una pregunta legítima frente a todo lo desarrollado en esta master class es si existe evidencia científica concreta de que la medicina basada en el valor efectivamente reduce el costo de la atención, y no solo mejora sus resultados. La respuesta es afirmativa, pero con matices importantes que conviene conocer antes de presentarla como un hecho sin condiciones.

La síntesis de mayor jerarquía disponible es una revisión paraguas (umbrella review) publicada en 2025 en BMC Health Services Research, que analizó 48 revisiones sistemáticas y metanálisis sobre VBHC publicados entre 2006 y 2024. Su conclusión es que las iniciativas de VBHC muestran potencial para mejorar la calidad, la eficiencia y la satisfacción del paciente mientras reducen costos, aunque

persisten desafíos relevantes: métricas de desempeño fragmentadas, integración todavía limitada de PROM y PREM, resistencia al cambio organizacional, y una evaluación de costos inadecuada en buena parte de los estudios disponibles.

La evidencia más sólida: pagos combinados en cirugía programada

La evidencia más contundente sobre reducción de costos proviene de experiencias de pago combinado (bundle payments) en cirugía programada de alto volumen —el terreno de "cadena de valor" desarrollado en la sección 6.3 de este documento—, **particularmente en reemplazo de cadera y rodilla dentro de los programas de Medicare en los Estados Unidos. Bajo el modelo obligatorio de reemplazo articular (Comprehensive Care for Joint Replacement), un estudio documentó una caída del 11% en el costo del procedimiento, manteniendo los resultados clínicos, gracias en gran medida a la reorganización de la rehabilitación kinésica temprana. Un participante del programa voluntario BPCI, bajo otro modelo contractual, redujo el costo promedio por episodio en un 18,45%. Sin embargo, el análisis inicial de la agencia de Medicare, que había estimado un ahorro del 3,9% en estos mismos bundle, se corrigió posteriormente a apenas un 1,6% una vez ajustado por sesgos metodológicos, lo que ilustra cuánto puede variar la magnitud del ahorro reportado según el método de evaluación utilizado.**

Una advertencia metodológica: selección de pacientes versus rediseño real

Un estudio publicado en Health Affairs encontró que más de la mitad del ahorro atribuido al bundle de reemplazo articular de Medicare —el más exitoso y citado de todo el programa— se explica por selección de pacientes (los centros participantes tienden a operar, en promedio, a pacientes de menor riesgo y menor complejidad) y no por un rediseño real de los procesos de atención. Esta advertencia conecta directamente con el riesgo de selección de riesgo desarrollado en la sección 27.1 de este documento: parte del ahorro que la literatura atribuye a la VBHC puede reflejar, en realidad, un desplazamiento de los pacientes más complejos hacia otros proveedores, y no una genuina creación de valor.

Una evidencia más débil en condiciones médicas crónicas

La evidencia es sensiblemente más débil e inconsistente cuando se trata de condiciones médicas crónicas, en lugar de procedimientos quirúrgicos programados. Una evaluación publicada en el New England Journal of Medicine analizó los bundle de Medicare para insuficiencia cardíaca, neumonía, EPOC, sepsis e infarto agudo de miocardio, y encontró ahorros mucho más modestos e inconsistentes que los reportados para el reemplazo articular. Esta diferencia es coherente con la distinción desarrollada en la sección 6.3 de este documento entre cadena de valor —donde los procesos son estandarizables y el pago por resultados rinde con mayor claridad— y red de valor, donde la continuidad y la variabilidad clínica de los pacientes crónicos dificultan mucho más atribuir un ahorro concreto a una intervención puntual.

Una revisión sistemática centrada en instituciones de Arabia Saudita, que evaluó la VBHC mediante razones de costo-efectividad incremental (ICER), confirma este mismo patrón: los tratamientos de rodilla y de ligamento cruzado resultaron los más costo-efectivos, mientras que el dolor lumbar crónico mostró una menor costo-efectividad, atribuible según los propios autores a la naturaleza

crónica de la condición, a la variabilidad de la respuesta de cada paciente y al alto uso de recursos que estos casos suelen requerir.

Una limitación de fondo: la inmadurez de los propios métodos de costeo

Una revisión sistemática específicamente centrada en cómo se mide el costo dentro de la literatura de VBHC encontró que, pese al crecimiento de la producción académica sobre el tema, existe relativamente poca evidencia empírica rigurosa que compare distintos métodos de costeo entre sí: la mayoría de los estudios simplemente utiliza el sistema de costeo que la institución investigada ya tenía disponible, sin contrastarlo con metodologías alternativas como el TDABC desarrollado en la sección 8.1 de este documento. Esto significa que buena parte de la evidencia disponible sobre reducción de costos se apoya en mediciones de calidad desigual, un límite metodológico de fondo que conviene tener presente al comunicar estos resultados frente a un comité directivo o a un financiador.

Síntesis para la gestión

La evidencia científica disponible respalda que la VBHC puede reducir el costo de la atención, con mayor solidez y consistencia en procesos quirúrgicos programados de alto volumen que en el manejo de enfermedades crónicas, y con la salvedad metodológica de que una parte del ahorro medido puede reflejar selección de pacientes más que valor genuino generado. La recomendación práctica que se desprende de esta síntesis es priorizar, para un primer proyecto piloto de VBHC, una condición de tipo "cadena de valor" —como se sugiere en la sección 11.0 de este documento—, donde la evidencia internacional sobre reducción de costos es más consistente, antes de extender el modelo hacia condiciones crónicas de tipo "red de valor", donde el ahorro es más difícil de demostrar y de sostener en el tiempo.

10. Diez lecciones aprendidas en procesos reales de implementación

Más allá de la evidencia agregada, la experiencia acumulada en procesos concretos de implementación de VBHC —en instituciones de complejidad media y alta— permite sintetizar diez lecciones que resultan especialmente útiles para quien deba liderar un proyecto de este tipo:

1. **Implementar VBHC no es gratuito:** requiere una inversión de recursos concreta —se han estimado montos mínimos del orden de decenas de miles de euros para procesos de complejidad media a alta— y personal dedicado a coordinar, gestionar y comunicar el proyecto.
2. **Adecuar los sistemas de registro para la primera condición médica lleva tiempo:** en experiencias reales, insumió alrededor de seis meses recopilar y validar los datos de los primeros cien pacientes.
3. **El proceso clínico es la estructura central de la atención:** las competencias en gestión y análisis de procesos son tan importantes como el conocimiento clínico específico.

4. **Las medidas de resultado clínicamente informadas (CROM) deben normalizarse según estándares internacionales**, para permitir tanto el uso primario en la gestión clínica individual como el uso secundario en investigación y evaluación de calidad.
5. **La perspectiva del paciente es el núcleo del modelo: el desarrollo de herramientas PROM es indelegable, y a diferencia del CROM**, los datos de PROM y PREM no pueden recuperarse retrospectivamente si no se registraron adecuadamente desde el inicio.
6. **Las herramientas PREM, que evalúan la experiencia subjetiva del paciente a lo largo de todo el proceso**, permiten identificar rápidamente las áreas críticas de mejora, y conviene desarrollarlas en paralelo a las PROM.
7. **El foco debe estar en la toma de decisiones clínicas compartida**, apoyada en herramientas de análisis y visualización de datos en tiempo real.
8. **Conviene integrarse a comunidades de instituciones para el intercambio de mejores prácticas y benchmarking**, entendiendo que ningún modelo se adopta sin adaptarlo al contexto particular de cada institución.
9. **Los datos son, por naturaleza, imperfectos: la calidad mejora cuando cada dato se registra en su fuente primaria** —el médico para los datos clínicos, el paciente para los datos subjetivos— evitando intermediación innecesaria.
10. **Durante los primeros seis a doce meses, alguien debe ser responsable del seguimiento de la cohorte**, la coordinación del proyecto y su promoción interna; los equipos de calidad suelen tener el perfil de competencias adecuado para ese rol.

En síntesis: la implementación de VBHC es un camino con obstáculos, que exige reducir sistemáticamente los datos faltantes o poco claros, garantizar que la información relevante se registre en la fuente primaria, y aceptar desde el inicio que se trata de una inversión —no de un proceso gratuito.

11. Proceso de implementación por condición médica: una hoja de ruta de 18 a 24 meses

11.0. ¿Por dónde se empieza?

Antes de aplicar la hoja de ruta detallada de esta sección a una condición médica específica, toda institución enfrenta una pregunta previa: por cuál proceso empezar. La experiencia acumulada sugiere cuatro pasos iniciales:

1. **Elegir procesos de alto impacto y de menor complejidad**: conviene seleccionar los procesos clínicos más relevantes a partir de su volumen y de su impacto en los pacientes, y no comenzar por patologías de larga duración que requieran coordinación multidisciplinaria compleja desde el primer día.
2. **Definir las métricas que mejor capturen el valor generado** —resultado y costo—, y compartir esos resultados internamente en todos los turnos y ámbitos del centro, avanzando gradualmente hacia una verdadera cultura de desempeño.

3. **Identificar los servicios y los líderes con mayor predisposición a reorganizar sus procesos alrededor de los resultados definidos**, priorizando aquellos donde ya existe algún grado de trabajo en equipo y facilidad para recopilar los datos necesarios.
4. **Elegir bien a los champions del proyecto: personas de distintas disciplinas —médicos, personal de enfermería, administración, mantenimiento, informática—** dispuestas a comprometerse con el cambio, entendiendo que son las personas, y no la tecnología por sí sola, las que finalmente sostienen la transformación de los procesos.

Una vez resuelta esta selección inicial, la institución está en condiciones de aplicar la hoja de ruta detallada por condición médica que se describe a continuación.

11.1. La hoja de ruta en cuatro semestres

La experiencia acumulada en instituciones que implementaron VBHC condición por condición permite proponer una hoja de ruta operativa, con una duración estimada de entre 18 y 24 meses según la complejidad del proceso clínico involucrado. Para mayor claridad, conviene organizar esta hoja de ruta en cuatro semestres.

Período	Foco principal
Semestre 1	Inclusión de la condición médica en el procedimiento de implementación: análisis de la situación, estimación de recursos, evaluación de complejidad y factibilidad, e instalación de las herramientas de registro de datos.
Semestres 2 y 3	Fase piloto: prueba de las herramientas de registro y evaluación de la idoneidad de la innovación aplicada a la condición médica seleccionada.
Semestre 4	Introducción de las innovaciones en las tareas diarias del proceso clínico, con mínima intervención del equipo de proyecto; análisis de los datos del primer año y retroalimentación a médicos y pacientes.

Cuadro 5. Hoja de ruta de implementación de VBHC por condición médica, organizada en cuatro semestres.

11.2. Seis pasos operativos dentro de la hoja de ruta

Incluso una vez transcurridos los cuatro semestres, la experiencia muestra que se requieren al menos seis meses adicionales de adaptación para que las innovaciones funcionen dentro del proceso de atención diaria sin incrementar la carga de trabajo percibida por los profesionales. Dentro de esta hoja de ruta, es posible identificar seis pasos operativos concretos:

1. **Ingreso del proyecto:** la propuesta de incluir una nueva condición médica suele originarse en un servicio del hospital, en el área de gestión, en un consorcio como el ICHOM o en un proyecto de investigación. El equipo de coordinación evalúa el impacto potencial en la salud de la población, la adecuación de la innovación para el paciente, y la viabilidad concreta del proyecto en ese momento particular de la institución.

2. **Liderazgo y coordinación:** se designa un coordinador de proyecto —habitualmente perteneciente a las áreas de calidad asistencial o de innovación, por contar con las competencias necesarias— y se identifica a los líderes clínicos de la condición médica seleccionada.
3. **Análisis del proceso:** el equipo de implementación valida las variables e indicadores relevantes junto con los especialistas clínicos, y define dónde debe registrarse cada dato dentro del sistema de información, y quién es responsable de su registro en la fuente primaria.
4. **Adaptación de la herramienta de registro:** las herramientas existentes de historia clínica electrónica se adaptan a la tarea definida, o se incorporan plataformas externas específicas para el registro de PROM y PREM cuando la infraestructura interna no lo permite. Esta suele ser, en la práctica, la etapa más compleja de toda la implementación.
5. **Medición de resultados (fase piloto):** ninguna innovación es buena o mala por diseño; debe evaluarse y adaptarse a cada caso de uso concreto, identificando en la fase piloto los beneficios, obstáculos y problemas encontrados.
6. **Referencia y mejora:** si la evaluación resulta positiva en términos de valor añadido para el paciente, la población y los profesionales, la innovación se traslada al trabajo diario y se incorpora al ciclo de mejora continua.

Al cabo de este proceso, una institución debería poder verificar diez resultados concretos: explotación versátil y diversa de los datos; herramientas utilizables tanto para la práctica clínica como para la investigación sin doble registro; un canal sistemático de diálogo entre pacientes, profesionales e investigadores; ausencia de información faltante en la historia clínica electrónica; una gobernanza clara de gestión de datos; portabilidad real de los datos entre sistemas; reducción de la variabilidad innecesaria mediante el ciclo de mejora continua; comparabilidad de resultados gracias a métodos comunes de registro; análisis sistemático de la calidad de los propios datos; y generación sistemática de paneles clínicos y otras ayudas para la toma de decisiones de los médicos.

12. Presupuesto, nuevos roles profesionales e indicadores de madurez de la implementación

Como se señaló en la primera de las diez lecciones aprendidas, implementar VBHC no es gratuito. Esta sección desarrolla con mayor precisión de qué magnitud y de qué naturaleza es esa inversión, qué perfiles profesionales nuevos suele requerir, y cómo puede monitorearse la madurez del propio proceso de implementación.

12.1. Estructura del presupuesto de implementación

La experiencia acumulada en proyectos reales permite distinguir dos grandes grupos de costos: los derivados de necesidades tecnológicas (hardware y software) y los derivados de recursos humanos. Conviene además clasificar a estos últimos en esenciales —indispensables para el proyecto— y convenientes —que mejoran la calidad de la implementación pero no son estrictamente

obligatorios—, lo que permite construir tanto un presupuesto total como un presupuesto ajustado que excluye los perfiles convenientes.

Rubro	Presupuesto total	Presupuesto ajustado
Hardware y software	30,3%	35,6%
Recursos humanos	69,7%	65,4%

Cuadro 6. Distribución del presupuesto de implementación de un proyecto de VBHC por condición médica, según experiencia documentada.

Dentro de la inversión tecnológica, la mayor parte —del orden del 86%— se destina al desarrollo de software (plataformas de almacenamiento y visualización de datos, integración de bases de datos, diseño de tableros de mando y codificación), mientras que el resto se destina a la compra de hardware y de software de análisis de datos. En términos de infraestructura mínima, la experiencia documentada sugiere servidores con al menos 4 GB de memoria RAM, cuatro núcleos de procesamiento, sistema operativo de 64 bits y 15 GB de almacenamiento, además de garantizar que los pacientes cuenten con acceso a internet —por computadora, teléfono o tableta— para completar los instrumentos de PROM y PREM.

12.2. Nuevos roles profesionales interdisciplinarios

Enriquecer los equipos con diversidad interdisciplinaria exige incorporar especialidades profesionales que tradicionalmente no forman parte de un equipo clínico: bioingenieros, epidemiólogos, analistas y científicos de datos, gestores de datos, y especialistas en comunicación y negociación. Igual de valiosa es la búsqueda de perfiles mixtos, capaces de comunicarse entre disciplinas —profesionales de la salud con formación en inteligencia artificial, o ingenieros con comprensión profunda del proceso clínico—, ya que ese vocabulario común reduce la asimetría de información entre los distintos miembros del equipo.

12.3. Un conjunto de indicadores para medir la madurez de la implementación

Además de medir los resultados clínicos y de costo del propio modelo de VBHC, resulta valioso medir la madurez del proceso de implementación en sí mismo, con indicadores organizados en cinco categorías:

Categoría	Indicador ilustrativo
Calidad del proceso de implementación	Diversidad del equipo (áreas de conocimiento incluidas); compromiso profesional (asistencia sobre invitados a reuniones); compromiso de pacientes (proporción que completa al menos un PREM).
Calidad de registro de datos	Éxito de reclutamiento (pacientes incluidos sobre elegibles); cumplimiento de datos de primera intención (registrados sin intervención del gestor de datos); automatización del registro.

Categoría	Indicador ilustrativo
Calidad de datos y seguimiento de pacientes	Ratio de recurrencia del PROM entre mediciones sucesivas; número de llamadas de seguimiento realizadas a pacientes y profesionales.
Retroalimentación y mejora	Utilización del PROM por parte de los profesionales; alertas identificadas y proporción de alertas efectivamente respondidas.
Implicación gerencial	Sustitución profesional: proporción de días sin cobertura del rol clave (por ejemplo, el case manager) sobre el total de días de ausencia.

Cuadro 7. Conjunto de indicadores de madurez de la implementación de VBHC, por categoría.

Este conjunto de indicadores no reemplaza a los indicadores clínicos y de costo desarrollados en la sección 7: los complementa, permitiendo distinguir si un resultado insatisfactorio se debe a que el modelo de atención no funciona, o a que el proceso de implementación todavía no maduró lo suficiente como para juzgar el modelo con justicia. Confundir ambas cosas —abandonar un proyecto de VBHC por resultados clínicos débiles cuando en realidad el problema es una implementación incompleta— es uno de los errores más costosos que puede cometer una institución que recién inicia este camino.

13. Caso: implementación en una institución de alta complejidad integrada

La evidencia disponible, la decisión gerencial y la capacidad instalada como institución habilitan el desafío de implementar una experiencia de medicina basada en el valor, avanzando de forma progresiva, con ciclos de mejora continua y con la suma de aportes de los propios integrantes del equipo. La decisión inicial se sostiene en el objetivo de incrementar la calidad y la seguridad, y de reducir el costo de prestación de un sistema integrado de atención.

El punto de partida fueron las Unidades de Práctica Integrada organizadas alrededor del cuidado progresivo, con equipos que combinan internistas, enfermería, personal administrativo, kinesiología, cirugía, traumatología, cardiología, neurología y neumonología, orientados a resolver los principales problemas de pacientes con polipatología y multimorbilidad. A partir de allí se extendió hacia la figura del case manager y del médico de cabecera con acceso a historia clínica informatizada, hacia la telemedicina y hacia dispositivos de domicilio protegido, con el objetivo de evitar reinternaciones evitables.

El modelo se proyecta escalar hacia otras condiciones de alta prevalencia y costo —insuficiencia cardíaca crónica congestiva, EPOC, cuidados paliativos, rehabilitación de pacientes politraumatizados— y hacia áreas específicas, como la de dolor lumbar, con el objetivo explícito de que la primera consulta no consista en indicar estudios de imagen, sino en atender al paciente. En paralelo, se avanza en la coordinación de la atención de personas mayores, partiendo de una

evaluación multidisciplinaria del estado de salud de la población jubilada, en un esfuerzo por sostenerla dentro del sistema de atención gerenciada de la institución.

Esta experiencia ilustra un punto central para la gestión: la lógica fragmentada por niveles de atención —consultas, altas, farmacia, autorizaciones, turnos, todo gestionado por separado y sin un eje conductor— ya no resulta sostenible frente a la evolución demográfica, epidemiológica y tecnológica de la población. El objetivo asistencial es que el paciente y su entorno familiar se sientan parte del sistema, y no usuarios de prestaciones aisladas. La implementación exige liderazgo y compromiso simultáneo en el nivel clínico y en el gerencial: es un cambio de mentalidad que lleva tiempo, requiere actualizaciones periódicas, incentivos y reconocimiento, y se enfrenta a paradigmas arraigados —la hiperespecialización, el enfoque centrado en la enfermedad y el hospitalocentrismo— frente a una población creciente de personas con enfermedades crónicas y necesidades sanitarias y sociales complejas.

El camino de una estrategia de integración vertical de este tipo no tiene un punto final: siempre habrá algo por mejorar, apoyado en datos, métricas, procesos y en la retroalimentación de los propios pacientes. Algunas de estas inversiones tienen un retorno más rápido que otras, y ese retorno depende en gran medida de la forma de organización del sistema de salud y de las reglas de pago de los financiadores.

13.1. Una referencia comparada: la experiencia del Hospital Vall d'Hebron

Una experiencia frecuentemente citada como referencia internacional de consolidación de un modelo de atención basado en el valor es la del Hospital Universitario Vall d'Hebron, en Barcelona, que documentó un proceso de implementación sostenido a lo largo de entre 18 y 24 meses. La duración de ese proceso es, en sí misma, un dato relevante para la planificación de cualquier institución que emprenda un camino similar: la consolidación de un modelo de VBHC no es un proyecto de unos pocos meses, sino un proceso de mediano plazo que requiere sostener el mismo rumbo estratégico a través de sucesivos ciclos de mejora.

13.2. La atención de la población mayor como frontera de complejidad

Dentro de esta experiencia, uno de los frentes de trabajo más exigentes es la coordinación de la atención de las personas mayores, que combina una evaluación multidisciplinaria del estado de salud de la población jubilada con el objetivo de sostenerla activamente dentro del sistema de atención gerenciada de la institución, en lugar de que su atención se resuelva exclusivamente mediante internaciones reactivas frente a descompensaciones agudas. Este frente ilustra un patrón que se repite en la literatura internacional: reducir la estancia hospitalaria evitable y anticipar el ingreso mediante evaluación proactiva —más que acumular camas de agudos— es, para la población mayor, una de las formas más directas de generar valor, tanto para el paciente como para el sistema.

La lógica de este frente de trabajo es doble: por un lado, evitar el ingreso hospitalario innecesario mediante una evaluación anticipada del riesgo y una atención domiciliaria protegida; por otro, cuando el ingreso es inevitable, sostener un alta precoz y segura, acompañada de un seguimiento post-alta estructurado que reduzca la probabilidad de reinternación. Ambas puntas del mismo problema —evitación del ingreso y alta precoz— requieren la misma infraestructura de UIP, de

historia clínica compartida y de case management descrita en las secciones 6 y 11 de este documento, aplicada específicamente al segmento etario de mayor fragilidad.

13.3. Lecciones transferibles para otras instituciones

Más allá de los detalles específicos de esta experiencia, hay al menos tres lecciones transferibles a cualquier institución que emprenda un camino similar: primero, que conviene comenzar por las Unidades de Práctica Integrada antes que por cualquier otro componente del modelo, porque son las que permiten demostrar resultados tempranos y construir la credibilidad interna necesaria para escalar el proyecto; segundo, que la ampliación hacia nuevas condiciones médicas debe ser deliberada y secuencial, y no simultánea, como se señaló en la sección 24; y tercero, que el objetivo final no es acumular UIP aisladas, sino integrar la atención de manera que el paciente y su entorno familiar se perciban parte de un mismo sistema, y no usuarios de prestaciones fragmentadas gestionadas por separado.

14. Implicancias para la gestión de Hospitales, clínicas y sanatorios en la Argentina

Para quien gestiona una clínica o un sanatorio privado en la Argentina, el marco de VBHC ofrece una hoja de ruta concreta, aun en un contexto donde los modelos de pago predominantes siguen ligados al acto médico y al día-cama. Algunas líneas de trabajo posibles, coherentes con la evidencia y la experiencia revisadas en esta clase:

- Priorizar, para el arranque, condiciones médicas de alta prevalencia y alto costo —insuficiencia cardíaca, EPOC, patología oncológica, cirugía protésica— donde una UIP puede mostrar resultados medibles en un plazo razonable.
- Invertir en historia clínica electrónica y en capacidad de captura de datos en la fuente primaria, como condición habilitante antes que como un proyecto tecnológico aislado.
- Desarrollar, aunque sea en forma incipiente, instrumentos propios de PROM y PREM para las condiciones priorizadas, en lugar de depender exclusivamente de indicadores de proceso.
- Negociar con los financiadores esquemas de pago que reconozcan la integralidad y la continuidad de la atención, más allá del pago por prestación aislada, comenzando por experiencias piloto acotadas.
- Designar responsables concretos —de perfil similar al de las áreas de calidad— para sostener el seguimiento de la cohorte durante los primeros doce meses del proyecto, que es el período más frágil de cualquier implementación.
- Aceptar que se trata de una inversión de mediano plazo, con retorno variable según el diseño del sistema de salud, y comunicar esa expectativa desde el inicio a la conducción de la institución.

14.1. La fragmentación del sistema argentino como desafío específico

El sistema de salud argentino combina tres subsectores —público, de la seguridad social (obras sociales) y privado (prepagas y sanatorios)— con lógicas de financiamiento, regulación y gobernanza distintas entre sí, y con una fragmentación adicional dentro de cada subsector: múltiples obras sociales, múltiples prepagas, cada una con sus propios contratos y sistemas de información. Esta fragmentación es, en sí misma, una barrera adicional para la VBHC que no está tan presente en los sistemas de salud más centralizados de los que proviene buena parte de la evidencia internacional revisada en la sección 9: negociar un esquema de pago por resultados con un financiador no garantiza que el mismo esquema sea aceptado por otro, lo que obliga a una institución argentina a sostener, en la práctica, varios modelos de pago simultáneos para una misma condición médica.

Frente a esta fragmentación, la recomendación práctica es que la UIP y el sistema de medición de resultados se diseñen de manera independiente del modelo de pago vigente con cada financiador específico: el valor generado para el paciente y la evidencia de costos deben poder documentarse de manera uniforme, mientras que la forma de facturación y de reconocimiento económico puede negociarse de manera diferenciada con cada obra social o prepaga, sin que ello obligue a rediseñar la UIP para cada contrato.

14.2. Relación con el Programa Médico Obligatorio (PMO) y los paquetes de beneficios

El diseño de una UIP para una condición de alta prevalencia no puede desentenderse de las prestaciones que el Programa Médico Obligatorio (PMO) garantiza como piso mínimo de cobertura, ni de las discusiones más amplias sobre el financiamiento de los paquetes de beneficios en la Argentina. Una UIP que incorpore, por ejemplo, atención domiciliaria o telemedicina como parte de su ciclo completo de atención necesita evaluar si esas prestaciones están cubiertas dentro del PMO, o si requieren un acuerdo específico de reconocimiento adicional con cada financiador. Anticipar esta discusión en la etapa de diseño del proyecto piloto —y no en la etapa de facturación— evita retrasos costosos en la implementación.

14.3. El rol de las sociedades científicas y los espacios de benchmarking regional

Frente a la escasez de evidencia regional documentada en la sección 9.6 de este documento —los estudios de Khalil et al. provienen mayoritariamente de Estados Unidos y Europa—, las sociedades científicas y los espacios de intercambio entre clínicas y sanatorios argentinos cumplen un rol potencialmente valioso como generadores de evidencia propia y de benchmarking regional. Participar activamente en estos espacios, y estar dispuesto a compartir indicadores propios con instituciones comparables, permite construir de manera colectiva la evidencia regional que hoy falta, en lugar de depender exclusivamente de la extrapolación de experiencias de sistemas de salud muy distintos al argentino.

15. Hacia una nueva generación de atención basada en el valor

La evidencia más reciente sobre VBHC, generada a gran escala en programas públicos como Medicare y Medicaid en los Estados Unidos, amplía el foco original del modelo —centrado en la medición de resultados clínicos por condición— hacia dimensiones operativas que antes se consideraban ajenas a la conversación sobre valor: la logística y las compras hospitalarias, la

reducción de las readmisiones no programadas, y la disminución de eventos adversos y de condiciones adquiridas durante la internación.

Esta nueva generación de VBHC sostiene que mejorar estos aspectos operativos —aparentemente administrativos— tiene un impacto directo y medible sobre los tres niveles del triple objetivo descrito en la sección 3: mejor atención individual, mejor salud poblacional y menor costo global del sistema, con el beneficio adicional de facilitar el reconocimiento de pagos por parte de los financiadores cuando esas mejoras pueden documentarse con datos consistentes.

Para la gestión de una clínica o sanatorio, la lección práctica de esta evidencia es que la agenda de VBHC no debería limitarse a los proyectos clínicos de mayor visibilidad —una nueva UIP, un nuevo tablero de PROM—, sino incluir también la revisión de procesos operativos y logísticos que rara vez se asocian espontáneamente con la conversación sobre valor, pero que la evidencia a gran escala muestra que inciden de manera directa sobre el costo y la calidad del ciclo completo de atención.

15.1. Logística y compras hospitalarias como agenda de valor

La gestión de compras y de la cadena de suministro hospitalaria suele gestionarse de manera desconectada de las discusiones clínicas sobre calidad y resultados, pese a que representa una proporción significativa del gasto total de una institución. Incorporar la logística hospitalaria a la agenda de VBHC implica, en la práctica, revisar la variabilidad en el uso de insumos entre profesionales que realizan el mismo procedimiento, estandarizar kits quirúrgicos según la evidencia disponible, y medir el costo de los insumos como un componente explícito del costeo TDABC de cada condición médica, en lugar de tratarlo como un gasto fijo ajeno a la conversación sobre resultados.

15.2. Reducción de readmisiones y eventos adversos como indicadores de valor de primera línea

La reducción de readmisiones no programadas y de eventos adversos —incluidas las condiciones adquiridas durante la internación, como infecciones o caídas— son, dentro de esta nueva generación de VBHC, de los indicadores con evidencia más sólida de impacto simultáneo sobre los tres niveles del triple objetivo: mejoran la experiencia del paciente, reducen el costo del sistema, y no requieren, a diferencia de otros componentes del modelo, un rediseño completo de las formas de pago para comenzar a medirse y a gestionarse activamente. Por esta razón, constituyen un punto de partida especialmente accesible para instituciones que todavía no completaron la transición hacia esquemas de pago por resultados, pero que ya pueden gestionar activamente estos indicadores dentro del modelo de pago vigente.

16. Conclusiones

La medicina basada en el valor sintetiza la necesidad de un cambio organizativo profundo en clínicas y hospitales: un cambio en los modelos mentales de los profesionales médicos y de enfermería, en la forma de encarar el trabajo cotidiano pensando en el desempeño, en los procesos, en la evidencia y en la capacitación continua. Ese cambio puede difundirse a toda la organización, pero requiere buscar de manera explícita la continuidad de la atención, y modificar los contratos y las formas de

pago para que los financiadores reconozcan el valor de la integralidad, la continuidad y la trazabilidad de los tratamientos.

El compromiso exitoso con este modelo depende, en última instancia, de un liderazgo efectivo y transformacional, capaz de escuchar a los pacientes e implementar indicadores que incorporen simultáneamente la equidad, la calidad, la eficiencia y la carga social de las enfermedades, asegurando el acceso y la incorporación de la mejor evidencia científica disponible. La evidencia internacional reciente confirma que el camino no es lineal ni está exento de barreras — financiamiento insuficiente, resistencia profesional, infraestructura de datos deficiente—, pero también confirma que existen facilitadores replicables: liderazgo clínico, PROM, transparencia de datos e incentivos alineados con el desempeño.

Para la gestión de clínicas y sanatorios privados, el desafío no es adoptar la VBHC como una etiqueta, sino sostenerla como un proceso de mejora continua, con métricas y datos que permitan aumentar la efectividad clínica, mejorar los resultados percibidos por los pacientes y contener los costos del sistema en el mediano y largo plazo.

Este ebook integró dos fuentes complementarias con un mismo propósito práctico: el marco conceptual y la experiencia de implementación acumulados por la cátedra, y la evidencia empírica internacional más reciente, sintetizada tanto en la revisión exploratoria de Khalil et al. (2025) como en la síntesis de Planetree International y la Organización para la Excelencia de la Salud. De esa integración surgen herramientas de aplicación inmediata —la rúbrica de madurez organizacional, el checklist de selección de condición piloto, el programa de formación modular— que cualquier institución puede adaptar a su propio contexto, sin necesidad de esperar a que el sistema de salud en su conjunto complete su propia transición hacia el pago por resultados.

El camino descrito en este documento no tiene, en rigor, un punto de llegada definitivo: como se señaló en la sección 13, siempre habrá una nueva condición médica por incorporar, un nuevo indicador por refinar, una nueva negociación por sostener con un financiador. Lo que distingue a una institución que efectivamente avanza hacia la medicina basada en el valor no es haber completado un checklist, sino haber instalado, de manera sostenida en el tiempo, la disciplina de medir, de aprender de esos datos y de ajustar la atención en consecuencia.

17. Preguntas para el debate

1. ¿Qué condición médica de su institución (o de una institución conocida) sería la más adecuada para iniciar un proyecto piloto de VBHC? ¿Por qué?
2. ¿Qué barreras del Cuadro 4 reconoce con mayor claridad en el sistema de salud argentino? ¿Cuáles de los facilitadores identificados le parecen más viables de replicar en el corto plazo?
3. ¿Cómo negociaría con un financiador un esquema de pago que reconozca resultados y no solo prestaciones, en el contexto regulatorio y de mercado actual?
4. A partir de las diez lecciones aprendidas, ¿qué rol y qué perfil de competencias debería tener el responsable de sostener un proyecto de VBHC durante su primer año?

5. ¿Qué diferencias encuentra entre medir calidad por procesos y medir valor por resultados relevantes para el paciente? ¿Qué resistencias anticipa entre los profesionales de su institución?
6. Aplicando los cuatro primeros pasos de la sección 11.0, ¿qué proceso clínico de su institución elegiría para iniciar un proyecto piloto, y quiénes serían sus champions?
7. ¿En cuál de las tres configuraciones de valor de la sección 6.3 —cadena, tienda o red— ubicaría a los principales segmentos de pacientes de su institución? ¿El diseño organizativo actual refleja esa distinción?

18. Rúbrica de madurez organizacional en VBHC

Para que una institución pueda situarse dentro del camino descrito en esta master class, resulta útil contar con un instrumento de autoevaluación que traduzca los conceptos desarrollados en indicadores concretos de madurez organizacional. La siguiente rúbrica describe tres niveles —incipiente, en desarrollo y consolidado— para seis dimensiones clave de la VBHC.

Dimensión	Incipiente	En desarrollo	Consolidado
Organización de la atención	Servicios organizados exclusivamente por especialidad	Existen una o dos UIP piloto para condiciones seleccionadas	Las principales condiciones de alto costo se atienden mediante UIP escaladas
Medición de resultados	Solo se miden indicadores de proceso	Se registran CROM y algún PROM piloto	Se utilizan CROM, PROM y PREM de forma sistemática, alineados con standard sets del ICHOM
Costeo por condición	Los costos se conocen solo por departamento contable	Se aplicó TDABC en al menos una condición piloto	El costeo por ciclo completo está disponible para las principales condiciones de alto volumen o costo
Formas de pago	Pago exclusivamente por prestación o día-cama	Existen conversaciones iniciales con financiadores sobre pago por resultados	Existen contratos vigentes de pago combinado o por desempeño para al menos una condición

Dimensión	Incipiente	En desarrollo	Consolidado
Liderazgo y equipos	No hay champions ni responsables identificados	Existen champions designados sin dedicación protegida de tiempo	Existen roles estables (coordinador de proyecto, case manager) con dedicación protegida
Sistemas de información	Historia clínica no digitalizada o fragmentada	Historia clínica electrónica parcial, sin integración de PROM/PREM	Historia clínica electrónica integrada con plataformas de PROM/PREM y tableros de mando

Cuadro 8. Rúbrica de madurez organizacional en VBHC, por dimensión.

Esta rúbrica puede aplicarse en un taller breve con el comité de dirección de una institución, marcando en qué nivel se ubica cada dimensión antes de diseñar un plan de trabajo. La experiencia con instrumentos de este tipo muestra que rara vez una institución se ubica en el mismo nivel en las seis dimensiones simultáneamente: es más frecuente encontrar, por ejemplo, un desarrollo consolidado en la organización de la atención y un nivel incipiente en las formas de pago, precisamente porque esta última dimensión depende de acuerdos externos con financiadores y no solo de decisiones internas de la institución.

19. Casos para la discusión

Los siguientes casos son ilustrativos y de carácter genérico —no describen a ninguna institución en particular— y se proponen como disparadores de discusión grupal en torno a los conceptos desarrollados en esta master class.

Caso 1: la UIP que no logró escalar

Situación

Una clínica organiza con éxito una Unidad de Práctica Integrada piloto para pacientes con insuficiencia cardíaca crónica, con buenos resultados clínicos y de satisfacción durante el primer año. Al intentar replicar el modelo para EPOC y para diabetes, el proyecto se estanca: no hay suficiente personal disponible para replicar la dedicación horaria del equipo original, y los nuevos champions identificados no cuentan con el mismo nivel de compromiso que el equipo piloto.

Preguntas sugeridas:

¿qué aspectos de la escalabilidad descritos en la sección 6.1 explican este estancamiento?

¿Qué haría distinto en la selección de champions para las nuevas condiciones, a la luz de la sección 11.0?

Análisis sugerido: el caso ilustra que la escalabilidad de una UIP no es automática ni se resuelve solo con voluntad: requiere una base de pacientes suficiente para amortizar costos operativos y, sobre todo, un proceso deliberado de selección de champions para cada nueva condición, en lugar de asumir que el compromiso del equipo piloto original se replicará espontáneamente en cualquier otro servicio.

Caso 2: medir todo, decidir poco

Situación

Un sanatorio invierte en un tablero de más de cuarenta indicadores para su nueva UIP de cirugía protésica, pero seis meses después ningún jefe de servicio puede explicar con precisión cuáles de esos indicadores realmente orientan sus decisiones cotidianas.

Preguntas sugeridas:

¿qué relación encuentra entre este caso y las tres dimensiones del resultado —capacidad, consuelo y calma— de la sección 7.2?

¿Cómo simplificaría el tablero de indicadores utilizando ese marco?

Análisis sugerido: el caso muestra el riesgo de confundir medición exhaustiva con medición útil. Un tablero de tres a cinco indicadores, organizado explícitamente alrededor de las tres dimensiones del resultado, suele ser más eficaz para orientar decisiones que un reporte extenso que ningún responsable revisa de manera sistemática.

Caso 3: el costeo que llegó demasiado tarde

Situación

Una institución negocia con un financiador un contrato de pago combinado para el ciclo completo de atención de una condición médica, pero descubre durante la negociación que no cuenta con una estimación confiable del costo real de ese ciclo, porque nunca aplicó una metodología de costeo como el TDABC descrito en la sección 8.

Preguntas sugeridas:

¿qué consecuencias tiene negociar un contrato de pago por resultados sin conocer el costo real del ciclo completo?

¿En qué momento del proceso de implementación de la sección 11 debería haberse resuelto este problema?

Análisis sugerido: negociar un pago combinado sin conocer el costo real del ciclo completo deja a la institución expuesta a aceptar un contrato que no cubre sus costos efectivos, o a perder la negociación por sobreestimar sus propios costos frente al financiador. El costeo por condición debería resolverse durante la fase de análisis del proceso (paso 3 de la sección 11.2), antes de iniciar cualquier negociación de pago basada en resultados.

Caso 4: la fragmentación de financiadores en un sanatorio argentino

Situación

Un sanatorio de la Argentina diseña una UIP para insuficiencia cardíaca crónica con un tablero de indicadores robusto y un costeo TDABC completo. Al intentar negociar un pago combinado, se encuentra con que sus pacientes están cubiertos por más de quince obras sociales y prepagas distintas, cada una con sus propios circuitos de facturación y auditoría, y ninguna dispuesta a modificar unilateralmente su esquema de pago.

Preguntas sugeridas:

¿cómo aplicaría la recomendación de la sección 14.1 sobre diseñar la UIP de manera independiente del modelo de pago vigente con cada financiador?

¿Qué información generada por la UIP podría utilizarse igualmente frente a los quince financiadores, más allá de que el esquema de pago de cada uno sea distinto?

Análisis sugerido: el caso ilustra por qué, en un sistema fragmentado como el argentino, conviene separar el diseño clínico y de medición (que puede y debe ser uniforme para todos los pacientes de la UIP, sin importar su cobertura) de la negociación comercial con cada financiador (que puede avanzar de manera gradual, comenzando por el financiador más dispuesto a discutir un esquema distinto, sin esperar a un acuerdo unánime).

Caso 5: el proyecto que se replicó sin adaptarse**Situación**

Una institución que forma parte de un grupo con varias sedes replica mecánicamente en una segunda sede el mismo diseño de UIP que funcionó bien en la sede original, sin adaptar el equipo ni el proceso a las diferencias de volumen de pacientes y de disponibilidad de especialistas de la nueva sede. Los resultados en la segunda sede son sensiblemente peores.

Preguntas sugeridas:

¿qué aspectos de la escalabilidad de la sección 6.1 fueron pasados por alto en esta réplica?

¿Cómo debería haberse aplicado el checklist de selección de condición piloto del Anexo A a la segunda sede en particular?

Análisis sugerido: escalar una UIP no es copiar un diseño, sino repetir un proceso de diagnóstico: el volumen de pacientes, la disponibilidad de champions y la infraestructura tecnológica de cada sede pueden ser suficientemente distintos como para requerir ajustes sustantivos en el diseño, aun cuando la condición médica atendida sea la misma.

Caso 6: la selección de riesgo no detectada a tiempo**Situación**

Tras seis meses de un nuevo esquema de pago por desempeño para una UIP de cirugía protésica, los indicadores de resultado mejoran notablemente. Una revisión posterior muestra que el

equipo, sin proponérselo de manera explícita, comenzó a derivar a otros servicios a los pacientes con mayor comorbilidad y mayor riesgo quirúrgico, que antes atendía con normalidad.

Preguntas sugeridas:

¿qué principio de la sección 27.1 se vio comprometido en este caso?

¿Qué ajuste debería introducirse en los indicadores de esta UIP para prevenir este patrón?

Análisis sugerido: el caso ilustra el riesgo de selección de riesgo descrito en la sección 27.1, que puede producirse incluso sin intención deliberada del equipo. La corrección requiere ajustar los indicadores de resultado por el riesgo basal de los pacientes (por ejemplo, mediante escalas de comorbilidad reconocidas) y monitorear activamente la composición de casos atendidos antes y después de la introducción de cualquier esquema de pago por desempeño.

20. Preguntas frecuentes sobre la implementación de VBHC

¿Es necesario implementar los seis principios de la sección 4 simultáneamente?

No. La evidencia de la sección 9.2 muestra que la mayoría de las instituciones adopta inicialmente solo algunos componentes —típicamente la medición de resultados y la creación de unidades especializadas— antes de avanzar hacia los modelos de pago integrados y la integración geográfica, que requieren mayor madurez organizacional y acuerdos externos con financiadores.

¿Cuánto cuesta implementar VBHC en una condición médica?

La sección 12.1 documenta una experiencia real en la que la inversión tecnológica representó entre el 30% y el 36% del presupuesto total, y los recursos humanos entre el 65% y el 70%, con montos mínimos del orden de decenas de miles de euros para procesos de complejidad media a alta. El monto exacto depende de la complejidad de la condición médica seleccionada y de la infraestructura tecnológica preexistente en la institución.

¿Qué hacer si el financiador no está dispuesto a discutir pagos por resultados?

La recomendación práctica es no esperar a tener ese acuerdo para comenzar: los primeros pasos de la hoja de ruta de la sección 11 —organización en UIP, medición de resultados, costeo del ciclo completo— generan valor y evidencia interna aun bajo el modelo de pago vigente, y esa evidencia documentada es, en la práctica, el argumento más persuasivo frente a un financiador inicialmente reticente.

¿Cómo se sabe si un proyecto de VBHC está fracasando o simplemente está en una fase temprana de implementación?

El conjunto de indicadores de madurez de la sección 12.3 fue diseñado precisamente para responder esta pregunta: permite distinguir si un resultado clínico insatisfactorio se debe a que el modelo no funciona, o a que el proceso de implementación —compromiso profesional, calidad de registro, seguimiento de pacientes— todavía no maduró lo suficiente como para juzgar el modelo con justicia.

¿La VBHC reemplaza a los programas de gestión de calidad y de seguridad del paciente ya existentes?

No. La VBHC integra y da un propósito común a la gestión de calidad, a la seguridad del paciente y a la economía de la salud, como se desarrolla en la sección 3, pero no reemplaza los sistemas ya existentes de gestión de calidad de una institución: los complementa, aportando la disciplina de medir resultados y costos por condición médica a lo largo del ciclo completo de atención.

¿Cómo se aplica la VBHC en un sistema de salud fragmentado como el argentino, con múltiples financiadores?

Como se desarrolla en la sección 14.1, la recomendación es diseñar la UIP y el sistema de medición de manera independiente del modelo de pago vigente con cada financiador específico, negociando de forma diferenciada y gradual con cada obra social o prepaga sin esperar un acuerdo unánime antes de comenzar.

¿Qué rol cumplen las sociedades científicas en un contexto de escasa evidencia regional?

Como se señala en la sección 14.3, ante la escasez de evidencia latinoamericana en la literatura internacional, las sociedades científicas y los espacios de benchmarking entre instituciones comparables cumplen un rol valioso para generar de manera colectiva la evidencia regional que hoy falta.

21. Glosario de términos

VBHC (Value-Based Health Care): Modelo de atención que organiza la práctica asistencial, la medición y el pago alrededor de los resultados de salud relevantes para el paciente en relación con el costo del ciclo completo de atención.

UIP (Unidad de Práctica Integrada): Microsistema clínico interdisciplinario organizado alrededor de una condición médica o de un segmento de pacientes, y no alrededor de una especialidad.

CROM (Clinician-Reported Outcome Measures): Resultados clínicos registrados por el profesional tratante.

PROM (Patient-Reported Outcome Measures): Resultados de salud percibidos y reportados directamente por el paciente.

PREM (Patient-Reported Experience Measures): Experiencia subjetiva del paciente a lo largo de la vía de atención.

TDABC (Time-Driven Activity-Based Costing): Costeo basado en actividades impulsado por el tiempo; metodología para estimar el costo real del ciclo completo de atención de una condición médica.

ICHOM: Consorcio Internacional para la Medición de Resultados en Salud; desarrolla conjuntos estandarizados de indicadores (standard sets) por condición médica.

Quíntuple objetivo: Marco que articula la experiencia del paciente, la salud de la población, el costo de la atención, la experiencia del proveedor y la equidad en salud.

Ciclo completo de atención: El conjunto de todas las actividades asistenciales relacionadas con una condición médica, desde el diagnóstico hasta el seguimiento a largo plazo, incluyendo las complicaciones comórbidas más frecuentes.

Cadena, tienda y red de valor: Tres configuraciones organizativas distintas para la creación de valor, según se trate de pacientes programados, complejos o crónicos respectivamente.

Champion: Persona con compromiso genuino con un proyecto de cambio, capaz de sostenerlo frente a la resistencia inicial de sus pares.

Compra basada en el valor (value-based purchasing): Modelo de financiación que vincula el pago a los prestadores con los resultados de salud obtenidos, y no solo con el volumen de prestaciones realizadas.

Ecosistema de actores: El conjunto de pacientes, profesionales, gestores, financiadores e industria proveedora que participan en la creación de valor en salud, con intereses parcialmente distintos entre sí.

Tres dimensiones del resultado (capacidad, consuelo, calma): Marco que ordena los resultados relevantes para el paciente en tres categorías: habilidad funcional, alivio del sufrimiento y posibilidad de vivir con normalidad durante la atención.

Madurez de la implementación: Grado de desarrollo del proceso de implementación de VBHC en sí mismo (compromiso profesional, calidad de registro, seguimiento de pacientes), distinto del desempeño clínico del modelo.

Champion clínico: Líder clínico con compromiso genuino y capacidad de influencia sobre sus pares, necesario para sostener un proyecto de cambio frente a la resistencia inicial.

PMO (Programa Médico Obligatorio): Conjunto de prestaciones de cobertura mínima obligatoria en el sistema de salud argentino, relevante para diseñar el alcance de una UIP.

Fragmentación de financiadores: Situación en la que los pacientes de una misma institución están cubiertos por múltiples obras sociales y prepagas, cada una con reglas de pago distintas.

Benchmarking regional: Comparación de indicadores propios con los de instituciones comparables de la misma región, particularmente relevante en contextos con escasa evidencia local publicada.

22. Anexos

Anexo A. Checklist para seleccionar la primera condición médica piloto

- ¿La condición seleccionada tiene un volumen de pacientes suficiente para justificar la inversión inicial?
- ¿Existen ya datos internos mínimos sobre esta condición (reingresos, tiempos de espera, complicaciones)?

- ¿Existe un standard set del ICHOM disponible para esta condición, que permita adaptar en lugar de diseñar desde cero?
- ¿Hay al menos un líder clínico dispuesto a asumir el rol de champion para esta condición?
- ¿La condición es de complejidad media, evitando tanto la trivialidad como la excesiva multidisciplinariedad de entrada?
- ¿Existe algún interés preliminar de un financiador en discutir un esquema de pago distinto para esta condición?

Anexo B. Plantilla mínima de tablero de indicadores por UIP

Dimensión	Indicador ilustrativo
Capacidad (resultado funcional)	Retorno a actividades cotidianas o laborales a los 30/90 días
Consuelo (síntomas)	Nivel de dolor o de ansiedad reportado por el paciente (PROM)
Calma (continuidad)	Reingresos no programados a 7 y 30 días
Costo del ciclo completo	Costo total por paciente estimado mediante TDABC
Experiencia (PREM)	Satisfacción con la coordinación entre los distintos profesionales del equipo

Cuadro 9. Plantilla mínima de cinco indicadores por UIP, organizada según las tres dimensiones del resultado y el costo del ciclo completo.

Anexo C. Preguntas para una reunión mensual de seguimiento de la UIP

1. ¿Qué indicadores del tablero se apartaron de lo esperado este mes, y por qué?
2. ¿Qué dato falta o llegó incompleto, y quién es responsable de resolverlo antes de la próxima reunión?
3. ¿Qué acción concreta se probará antes de la próxima reunión, y quién la implementa?
4. ¿Se cumplió la acción definida en la reunión anterior? ¿Con qué resultado?

Anexo D. Guion de la reunión de arranque (kickoff) de una nueva UIP

- Presentación del propósito del proyecto y de la condición médica seleccionada, con los datos internos que justifican la priorización (checklist del Anexo A).
- Presentación del equipo multidisciplinario y de los roles definidos, incluyendo quién ejerce el rol de champion y de coordinador de proyecto.
- Revisión conjunta del mapa de procesos de la condición médica y acuerdo inicial sobre qué variables se registrarán, dónde y por quién.
- Presentación del tablero mínimo viable de indicadores (Anexo B) y del cronograma de los cuatro semestres de la sección 11.

- Espacio abierto para que el equipo exprese dudas, objeciones o riesgos que anticipa, y registro formal de esas objeciones para revisarlas en la primera reunión de seguimiento.

Anexo E. Estructura sugerida de una comunicación a financiadores

- Descripción breve de la condición médica y del volumen de pacientes atendidos anualmente.
- Resultados clínicos y de experiencia documentados (CROM, PROM, PREM) durante la fase piloto, con su fuente y período de medición.
- Costo del ciclo completo de atención estimado mediante TDABC, comparado con el costo actual bajo el modelo de pago vigente.
- Propuesta concreta de esquema de pago alternativo (pago combinado, pago por desempeño u otro), con una estimación de su impacto económico para ambas partes.
- Propuesta de un período de prueba acotado, con indicadores de seguimiento conjunto, antes de comprometerse a un contrato de mayor alcance o duración.

Anexo F. Checklist de preparación pre-lanzamiento de una UIP

- Condición médica seleccionada y validada con el checklist del Anexo A.
- Equipo multidisciplinario conformado, con champion y coordinador de proyecto designados.
- Mapa de procesos de la condición médica documentado y validado con los especialistas clínicos.
- Instrumento de PROM y PREM seleccionado o adaptado, con plataforma de registro definida.
- Tablero mínimo viable de indicadores (Anexo B) diseñado y aprobado por la conducción.
- Presupuesto estimado según la estructura de la sección 12.1, con aprobación formal de la dirección.
- Fecha de la reunión de arranque (Anexo D) agendada, con todos los participantes confirmados.

23. Programa de formación en gestión de VBHC para equipos directivos

Para instituciones que deseen formar a sus jefaturas de servicio y direcciones médicas en los conceptos desarrollados en esta master class, se propone un programa modular de seis módulos, con una carga total estimada de entre 24 y 30 horas.

Módulo	Objetivo	Contenido de referencia	Duración
1. Marco conceptual de VBHC	Comprender la ecuación de valor, el quintuple objetivo y los seis principios	Secciones 2, 3 y 4	4 horas

Módulo	Objetivo	Contenido de referencia	Duración
2. Unidades de Práctica Integrada	Diseñar una UIP para una condición médica priorizada	Sección 6	5 horas
3. Medición de resultados y costeo	Aplicar CROM/PROM/PREM y los siete pasos del TDABC	Secciones 7 y 8	5 horas
4. Evidencia y barreras de implementación	Analizar barreras, facilitadores y lecciones aprendidas de la literatura internacional	Secciones 9 y 10	4 horas
5. Hoja de ruta de implementación	Diseñar el plan de 18-24 meses para una condición médica propia	Secciones 11 y 12	5 horas
6. Negociación y sostenibilidad	Preparar una negociación de pago por resultados con un financiador	Secciones 14 y 15	4 horas

Cuadro 10. Estructura modular del programa de formación en gestión de VBHC.

Se recomienda que cada módulo cierre con un ejercicio aplicado sobre una condición médica real de la propia institución, y que el módulo 5 concluya con un compromiso concreto de cada participante para iniciar, dentro de los tres meses siguientes, al menos el primer semestre de la hoja de ruta descrita en la sección 11.

23.1. Detalle de cada módulo

Módulo 1. Marco conceptual de VBHC

Actividad: cada participante presenta, en cinco minutos, un caso propio de decisión asistencial reciente y lo analiza con la ecuación de valor de la sección 2. Ejercicio de cierre: identificar en qué principio de los seis desarrollados en la sección 4 se ubicaría el próximo proyecto de mejora de su servicio.

Módulo 2. Unidades de Práctica Integrada

Actividad: en grupos, los participantes aplican los cuatro pasos de la sección 6.6 a una condición médica propuesta por la propia institución, incluyendo la identificación de los champions necesarios según el Anexo A. Ejercicio de cierre: mapear el equipo multidisciplinario mínimo necesario para esa UIP.

Módulo 3. Medición de resultados y costeo

Actividad: taller práctico de cálculo simplificado de TDABC sobre un proceso asistencial real, siguiendo los siete pasos de la sección 8. Ejercicio de cierre: diseñar el tablero mínimo viable de cinco indicadores del Anexo B para la condición médica elegida en el módulo 2.

Módulo 4. Evidencia y barreras de implementación

Actividad: análisis grupal de las barreras del Cuadro 4 y de la síntesis complementaria de la sección 9.8, identificando cuáles son más relevantes para la propia institución. Ejercicio de cierre: seleccionar tres de las diez lecciones aprendidas de la sección 10 y explicar cómo se aplicarían al proyecto propio.

Módulo 5. Hoja de ruta de implementación

Actividad: cada participante completa un cronograma propio de cuatro semestres siguiendo la sección 11, incluyendo los seis pasos operativos de la sección 11.2. Ejercicio de cierre: compromiso escrito de iniciar el semestre 1 dentro de los tres meses siguientes al programa.

Módulo 6. Negociación y sostenibilidad

Actividad: role-playing de una negociación con un financiador, utilizando la evidencia interna generada en los módulos anteriores como respaldo. Ejercicio de cierre: redactar los tres argumentos centrales que la institución utilizaría en una negociación real de pago por resultados.

24. Plan de implementación institucional en 18 meses

Más allá de la implementación de una condición médica específica (sección 11), una institución que decide adoptar la VBHC como estrategia general necesita también un plan a nivel organizacional. Se propone la siguiente hoja de ruta en seis trimestres.

Trimestre	Actividades principales
Trimestre 1	Aplicar la rúbrica de madurez (Cuadro 8) al comité de dirección; seleccionar la primera condición médica piloto con el checklist del Anexo A.
Trimestre 2	Formar al equipo de la primera UIP con el programa de la sección 23; iniciar el semestre 1 de la hoja de ruta de la sección 11.
Trimestre 3	Completar la fase piloto de la primera UIP (semestres 2-3 de la sección 11); aplicar TDABC a la condición priorizada.
Trimestre 4	Evaluar resultados del primer año con el conjunto de indicadores de madurez (sección 12.3); iniciar conversaciones preliminares con financiadores.
Trimestre 5	Seleccionar la segunda condición médica piloto; iniciar su hoja de ruta, aplicando las lecciones aprendidas de la primera experiencia.
Trimestre 6	Consolidar la primera UIP en el trabajo diario; medir el conjunto completo de indicadores de las secciones 7, 8 y 12; revisar la rúbrica de madurez organizacional.

Cuadro 11. Plan de implementación institucional de VBHC en 18 meses, por trimestre.

Un error frecuente es iniciar simultáneamente varias condiciones médicas antes de haber completado un primer ciclo completo con una sola: la recomendación de esta hoja de ruta es deliberadamente secuencial, priorizando la profundidad de la primera experiencia por sobre la amplitud inicial del proyecto.

25. Riesgos de la implementación y estrategias de mitigación

Riesgo	Probabilidad	Mitigación
Los champions seleccionados no sostienen el compromiso más allá de la fase piloto	Alta	Seleccionar champions siguiendo el checklist de la sección 11.0 y asignarles dedicación horaria protegida
El costeo por TDABC se abandona por su complejidad inicial	Media-alta	Aplicarlo primero a una sola condición piloto, siguiendo los siete pasos de la sección 8, antes de escalarlo
El financiador no acompaña la transición hacia pagos por resultados	Alta	Generar evidencia interna documentada antes de la negociación, como se recomienda en la sección 20
La UIP piloto no logra escalar a otras condiciones médicas	Media	Aplicar el proceso de construcción de UIP de la sección 6.6 de forma completa para cada nueva condición, sin asumir que el éxito piloto se replica automáticamente
El tablero de indicadores crece de manera desordenada	Media	Limitar el tablero a las tres dimensiones del resultado y el costo (Anexo B), revisando periódicamente su utilidad real

Cuadro 12. Riesgos previsibles en la implementación de VBHC y sus estrategias de mitigación.

25.1. Instrumento extendido: cuestionario de autoevaluación institucional

Como complemento de la rúbrica cualitativa del Cuadro 8, se propone un cuestionario de autoevaluación más granular, con cinco ítems por cada una de las seis dimensiones, calificados en una escala de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo). Resulta útil para comparar la percepción de distintos miembros del comité de dirección entre sí, o para medir la evolución de la institución a lo largo del tiempo.

Organización de la atención

- Contamos con al menos una Unidad de Práctica Integrada en funcionamiento.
- Los equipos de nuestras UIP incluyen perfiles administrativos y de apoyo, no solo clínicos.
- Hemos identificado champions concretos para cada condición médica priorizada.

- Nuestros servicios están organizados, al menos parcialmente, por condición médica y no solo por especialidad.
- Contamos con un proceso definido para escalar una UIP piloto a nuevas condiciones médicas.

Medición de resultados

- Registramos sistemáticamente CROM para nuestras condiciones médicas priorizadas.
- Contamos con al menos un instrumento de PROM en uso activo.
- Contamos con al menos un instrumento de PREM en uso activo.
- Revisamos algún standard set del ICHOM antes de diseñar nuestros propios indicadores.
- Nuestro tablero de indicadores por UIP no supera los cinco a diez indicadores clave.

Costeo por condición

- Conocemos el costo real del ciclo completo de al menos una condición médica.
- Aplicamos, o hemos aplicado, alguna metodología de TDABC.
- Podemos distinguir el costo de nuestras condiciones médicas de alto volumen del de las de bajo volumen.
- Contamos con personal con competencias de costeo clínico, no solo de contabilidad general.
- Utilizamos datos de costeo para negociar con financiadores, no solo para reportes internos.

Formas de pago

- Hemos iniciado conversaciones con al menos un financiador sobre pago por resultados.
- Contamos con al menos un contrato vigente distinto del pago por prestación tradicional.
- Diseñamos nuestras UIP de forma independiente del modelo de pago de cada financiador.
- Documentamos evidencia interna de resultados antes de negociar nuevos esquemas de pago.
- Conocemos el impacto del PMO y de los paquetes de beneficios sobre nuestras condiciones priorizadas.

Liderazgo y equipos

- Contamos con un coordinador de proyecto con dedicación protegida de tiempo.
- Nuestros champions reciben reconocimiento formal por su rol en los proyectos de VBHC.
- Aplicamos algún instrumento de selección de competencias directivas para estos roles.
- Sostenemos reuniones periódicas de seguimiento de cada UIP.
- Nuestra conducción superior participa activamente, y no solo simbólicamente, en estos proyectos.

Sistemas de información

- Contamos con historia clínica electrónica en la totalidad de nuestros servicios.
- Nuestra historia clínica electrónica está integrada con plataformas de registro de PROM/PREM.
- Contamos con un tablero de mando accesible para las jefaturas de servicio.

- Nuestros pacientes tienen acceso a internet para completar instrumentos de PROM/PREM.
- Contamos con personal de análisis de datos dedicado, no solo de sistemas administrativos.

Modo de uso sugerido: promediar los cinco puntajes de cada dimensión (rango 1 a 5). Un promedio de hasta 2,5 corresponde al nivel incipiente, entre 2,6 y 3,8 al nivel en desarrollo, y por encima de 3,8 al nivel consolidado, en correspondencia con los tres niveles de la rúbrica del Cuadro 8. Se recomienda no promediar las seis dimensiones en un único puntaje global, para no ocultar las brechas específicas que este instrumento busca identificar.

26. En diálogo con otros marcos internacionales de transformación de sistemas de salud

La VBHC no es el único marco que organizaciones internacionales han propuesto para transformar sistemas de salud completos. Resulta útil situarla brevemente frente a otros dos marcos ampliamente citados, para precisar en qué se superponen y en qué se diferencian.

26.1. El Triple y el Quintuple Objetivo del Institute for Healthcare Improvement

El Instituto para la Mejora de la Atención Médica formuló originalmente el Triple Objetivo (Triple Aim): mejorar la experiencia de atención, mejorar la salud de las poblaciones y reducir el costo per cápita. Posteriormente, otros autores propusieron ampliarlo a un Quintuple Objetivo, incorporando la experiencia del proveedor —para contrarrestar el agotamiento profesional— y la equidad en salud, como se desarrolló en la sección 2.1 de este documento. La VBHC comparte plenamente este marco de objetivos, pero aporta algo que el Triple o el Quintuple Objetivo no especifican por sí solos: una metodología operativa concreta —la ecuación de valor, las UIP, el TDABC— para perseguir esos objetivos en la práctica cotidiana de una institución.

26.2. Modelos de pago basados en el valor de Medicare y Medicaid

Los programas públicos estadounidenses Medicare y Medicaid desarrollaron, a gran escala, modelos de pago por paquetes agrupados y de responsabilidad compartida por resultados (accountable care organizations), generando la evidencia a gran escala mencionada en la sección 15 de este documento. Estos modelos comparten con la VBHC la lógica de pagar por resultados y no por volumen, pero operan a un nivel de política pública y de regulación de pagos que excede lo que una institución individual puede definir por sí sola. Para una clínica o sanatorio argentino, la lección aplicable no es replicar el diseño regulatorio de Medicare, sino aprovechar la evidencia que estos programas generaron sobre qué tipo de intervenciones —reducción de readmisiones, mejora de la logística hospitalaria— tienen mayor impacto documentado sobre el valor generado.

26.3. Por qué integrar, no elegir entre marcos

La recomendación práctica para quien gestiona una institución de salud no es elegir entre estos marcos, sino reconocer que operan en niveles distintos y complementarios: el Quintuple Objetivo define qué se busca lograr; los modelos de pago de Medicare y Medicaid ilustran cómo un sistema de salud completo puede alinear los incentivos de pago con esos objetivos; y la VBHC de Porter y

Teisberg, desarrollada en esta master class, ofrece la metodología operativa —ecuación de valor, UIP, medición de resultados, costeo por condición— que una institución individual puede aplicar hoy, incluso sin que el sistema de pago que la rodea haya completado su propia transición hacia el pago por resultados.

27. Consideraciones éticas en la implementación de VBHC

Medir y pagar por resultados no es una decisión éticamente neutra: la forma en que se define qué cuenta como resultado, y cómo se utiliza esa medición, puede generar consecuencias no deseadas si no se gestiona con cuidado. Detrás de cada indicador que una institución decide medir, y de cada esquema de pago que decide negociar, hay una pregunta que rara vez se formula de manera explícita, pero que determina buena parte de las consecuencias éticas del modelo: qué es exactamente lo que estamos pagando, y a quién beneficia esa definición. Esta sección desarrolla esa pregunta de fondo y, a partir de ella, tres tensiones éticas recurrentes en la práctica de la VBHC.

27.1. Qué estamos pagando, y a quién: la pregunta que antecede a toda métrica

Toda decisión de medir un resultado y de vincularlo a un pago responde, aunque no se explicita, a dos preguntas previas: primero, qué se entiende por un buen resultado en ese caso concreto; segundo, quién definió esa noción de buen resultado y a quién beneficia sostenerla. Un sistema de pago por volumen responde estas preguntas de manera transparente, aunque objetable: se paga por hacer más, y beneficia principalmente al prestador. La VBHC, en cambio, suele presentarse como una alternativa éticamente superior por estar centrada en el paciente —como se desarrolló en la sección 1.1 de este documento—, pero esa superioridad ética no es automática: depende enteramente de que el resultado que efectivamente se paga haya sido definido con la participación del paciente, y no unilateralmente por el financiador o por la propia institución bajo el rótulo de "valor".

Un ejemplo ilustra el problema: pagar a una institución por reducir sus reinternaciones no programadas parece, a primera vista, un indicador impecablemente centrado en el paciente. Pero si ese indicador se define y se audita exclusivamente desde la perspectiva del financiador —que busca reducir su propio gasto— y no incorpora la voz del paciente sobre qué grado de acompañamiento post-alta efectivamente necesita, el resultado que se paga puede terminar beneficiando primero al financiador y a la institución, y solo de manera indirecta y contingente al paciente. Lo mismo ocurre con indicadores de satisfacción general, que pueden premiar un trato amable sin premiar la honestidad del profesional al comunicar un pronóstico difícil, si la pregunta "a quién beneficia este indicador" no se formuló al momento de diseñarlo.

La recomendación práctica que se desprende de esta pregunta de fondo es que ninguna institución debería dar por sentado que un indicador es éticamente neutro solo porque se lo etiquetó como "basado en el valor": antes de adoptarlo, conviene preguntarse explícitamente, y documentar la respuesta, quién participó en definir ese resultado —¿el paciente, a través de PROM y PREM como se desarrolló en la sección 7 de este documento? ¿solo el financiador? ¿solo la conducción de la institución?— y a quién beneficia en primer término que ese resultado mejore. Las tres tensiones

desarrolladas en el resto de esta sección son, en el fondo, variaciones concretas de esta misma pregunta aplicada a distintos aspectos de la implementación.

Tres tensiones éticas recurrentes en la implementación de la VBHC



Figura 3. Tres tensiones éticas recurrentes en la implementación de la VBHC, derivadas de la pregunta "¿qué pagamos, y a quién?"

27.2. El riesgo de selección de riesgo

Como se señaló en la sección 1 de este documento, cuando se vincula el pago a los resultados, existe el riesgo de que los prestadores prefieran seleccionar a los pacientes de menor riesgo dentro de una condición médica —evitando a los más complejos, que estadísticamente tienen peores resultados esperados— para mejorar sus indicadores de manera artificial. Aplicando la pregunta de la sección 27.1: un esquema de pago por resultados que no ajusta por riesgo basal termina, en los hechos, pagando por atender pacientes más sanos, y no por generar más valor para el paciente que efectivamente lo necesita; el principal beneficiario de ese indicador mal diseñado es la institución que aprende a seleccionar mejor su cartera de pacientes, no el paciente complejo que la VBHC dice priorizar.

Este riesgo no siempre opera de manera deliberada o consciente: puede instalarse de forma gradual e involuntaria, a través de decisiones aparentemente neutras —criterios de derivación, tiempos de espera distintos según la complejidad percibida del caso, preferencia informal por casos "más agradecidos"— que ningún profesional identificaría individualmente como una forma de selección de riesgo, pero que, agregadas a nivel de toda una UIP, producen exactamente ese efecto. El Caso 6

desarrollado en la sección 19 de este documento ilustra precisamente este mecanismo no deliberado.

Prevenir este riesgo exige, como mínimo, tres medidas concretas: ajustar los indicadores por el riesgo basal del paciente mediante escalas de comorbilidad reconocidas, en lugar de medir resultados brutos sin ese ajuste; monitorear activamente si la composición de pacientes atendidos por una UIP cambia de manera sospechosa tras la implementación de un esquema de pago por resultados, comparando el perfil de riesgo de la cohorte antes y después del cambio de incentivos; y establecer, junto con el financiador, una cláusula explícita de revisión conjunta si esa composición se modifica de manera significativa, en lugar de descubrir el problema únicamente cuando ya generó consecuencias sobre el acceso de los pacientes más complejos.

27.3. Equidad en el acceso a las Unidades de Práctica Integrada

Concentrar recursos y experiencia en unidades especializadas, como recomienda el primer principio de la sección 4, puede generar beneficios de escala, pero también el riesgo de que solo los pacientes con mejor cobertura o mayor cercanía geográfica accedan a la atención de mayor valor, mientras el resto sigue atendido en el modelo tradicional fragmentado. Aplicando nuevamente la pregunta de la sección 27.1: si el acceso a una UIP de excelencia termina determinado por la cobertura del paciente o por su cercanía geográfica a la sede donde funciona, el beneficio real de esa unidad recae, en la práctica, sobre quienes ya estaban en mejores condiciones de acceder a una buena atención, profundizando exactamente la inequidad que la VBHC dice querer reducir.

Esta tensión se agrava cuando la propia lógica de negocio de una institución empuja a concentrar sus UIP de mayor prestigio en las sedes de mayor poder adquisitivo de su población de referencia, dejando el resto de sus centros con el modelo fragmentado tradicional. Una institución que persigue la VBHC debe monitorear explícitamente si el acceso a sus UIP es equitativo entre los distintos segmentos de su población de pacientes —por cobertura, por ubicación geográfica, por nivel socioeconómico— y no solo entre quienes cuentan con los recursos para acceder a ellas con mayor facilidad. Medidas concretas para mitigar este riesgo incluyen extender criterios de derivación a la UIP basados exclusivamente en necesidad clínica y no en la sede de origen del paciente, invertir en telemedicina y en articulación con centros de menor complejidad para que sirvan de puerta de entrada a la UIP central, y publicar internamente indicadores de acceso desagregados por sede y por cobertura, de la misma manera que se publican los indicadores clínicos de resultado.

27.4. Transparencia de datos frente a los propios profesionales

Comparar el desempeño entre profesionales o entre servicios —un componente habitual del benchmarking descrito en la sección 9.8— puede mejorar la calidad, pero también puede utilizarse de manera punitiva si se presenta sin el contexto adecuado sobre el riesgo basal de los pacientes de cada profesional.

Volviendo a la pregunta de la sección 27.1: un tablero de desempeño comparativo entre profesionales beneficia genuinamente al paciente solo si su propósito declarado es identificar oportunidades de aprendizaje colectivo; si en cambio se utiliza, explícita o tácitamente, para sancionar o para distribuir castigos individuales sin ajuste de riesgo, termina beneficiando a la conducción que busca un chivo expiatorio antes que al paciente, y erosiona exactamente la

disposición a proteger al equipo que se desarrolló como principio central en la sección 1.2 de este documento.

El riesgo más costoso de una transparencia de datos mal gestionada no es el conflicto puntual que genera en el momento de presentarla, sino el efecto de segundo orden que produce sobre el registro futuro de información: un equipo que percibe que sus datos se usarán en su contra tiene un incentivo racional a registrar de manera menos honesta, a postergar el ingreso de información incómoda, o a buscar formas sutiles de mejorar sus indicadores sin mejorar realmente los resultados del paciente —el mismo mecanismo de selección de riesgo desarrollado en la sección 27.2, aplicado ahora al propio registro de datos en lugar de a la selección de pacientes—.

La recomendación práctica es que la transparencia de datos se introduzca primero como herramienta de aprendizaje colectivo y de mejora continua entre pares, con reuniones donde los propios profesionales interpreten en conjunto sus resultados a la luz del riesgo basal de sus pacientes, y solo después, si la institución lo decide de manera explícita y comunicada con anticipación, como insumo de evaluación individual. Introducir el componente de evaluación individual antes de haber consolidado la confianza del equipo en el propósito de aprendizaje de la herramienta es, en la práctica, la forma más segura de generar la resistencia al registro honesto que la propia VBHC necesita evitar.

Las tres tensiones desarrolladas en esta sección —selección de riesgo, equidad de acceso y transparencia de datos— comparten, en el fondo, una misma estructura: todas ellas son formas concretas en que un indicador diseñado para beneficiar al paciente puede terminar, sin que nadie lo decida deliberadamente, beneficiando a otro actor del sistema —la institución, el financiador, la conducción— a costa del paciente que la VBHC dice priorizar.

Por eso la pregunta de la sección 27.1 —qué estamos pagando, y a quién beneficia en primer término— no es un ejercicio filosófico abstracto, sino una pregunta de auditoría concreta que toda institución debería formularse de manera periódica sobre cada uno de sus indicadores y de sus esquemas de pago vinculados a la VBHC.

28. Aplicación de la VBHC según el tamaño y la complejidad institucional

No todas las clínicas y sanatorios parten del mismo punto para iniciar este camino. Esta sección adapta las recomendaciones generales de la master class a tres perfiles institucionales distintos, frecuentes en el sistema de salud argentino.

28.1. Instituciones de baja complejidad

Para una clínica de baja complejidad, con recursos limitados de tecnología y de personal dedicado, la recomendación es comenzar exclusivamente por los primeros pasos de menor costo: aplicar el checklist de selección de condición piloto (Anexo A) sobre un único proceso de alto volumen, y sostener el tablero mínimo viable de cinco indicadores (Anexo B) con las herramientas de registro ya existentes, sin necesidad de una inversión tecnológica adicional inmediata. El costeo TDABC puede posponerse hasta contar con una primera experiencia consolidada de medición de resultados.

28.2. Instituciones de complejidad media

Una institución de complejidad media, con al menos un servicio de referencia en alguna especialidad, está en condiciones de avanzar directamente hacia la conformación de una primera Unidad de Práctica Integrada siguiendo los cuatro pasos de la sección 6.6, y de aplicar el costeo TDABC completo (sección 8) sobre esa primera condición médica. El programa de formación de la sección 23 resulta especialmente adecuado para este perfil institucional, ya que permite formar simultáneamente al equipo directivo y al equipo clínico de la UIP piloto.

28.3. Instituciones de alta complejidad integradas

Una institución de alta complejidad, con múltiples especialidades y una red de atención propia, puede aspirar directamente al modelo descrito en la sección 13: múltiples UIP escaladas, coordinación de la atención de la población mayor, y negociación activa de esquemas de pago alternativos con financiadores. Para este perfil, el riesgo principal no es la falta de recursos, sino la tentación de avanzar simultáneamente en demasiados frentes, como se advierte en el Cuadro 11: la recomendación sigue siendo la implementación secuencial, condición por condición, aun cuando la institución cuente con la capacidad instalada para hacerlo de manera más amplia.

29. Conclusiones finales

Este recorrido por veintiocho capítulos permite reunir, en un cierre breve, los hilos que sostienen a la medicina basada en el valor como programa de gestión y no solo como idea. El marco conceptual del capítulo 2 —la ecuación de valor de Porter y Teisberg y el quíntuple objetivo— define qué se busca; el modelo organizativo de las Unidades de Práctica Integrada del capítulo 6 define cómo se organiza el trabajo clínico para lograrlo; y los instrumentos de medición y costeo de los capítulos 7 y 8 —PROM, PREM, CROM y el costeo TDABC— proporcionan el lenguaje común, en resultados y en pesos, que permite negociar con financiadores y demostrar mejoras reales.

La evidencia internacional revisada en el capítulo 9, la síntesis de diez lecciones aprendidas del capítulo 10 y la hoja de ruta de dieciocho a veinticuatro meses del capítulo 11 coinciden en un mismo mensaje: la implementación de la VBHC no es instantánea ni lineal, exige liderazgo sostenido y tolera el ensayo y error, pero es replicable en instituciones de distinta complejidad, tal como muestra el caso de alta complejidad integrada del capítulo 13.

Para la gestión de clínicas, sanatorios y hospitales de la Argentina, las implicancias del capítulo 14 y las consideraciones éticas del capítulo 27 —qué se paga, a quién, y el riesgo de selección de riesgo— recuerdan que ningún esquema de pago por resultados es neutral: exige vigilancia constante sobre la equidad de acceso. Y como se desarrolla en el capítulo 28, no existe una única secuencia de implementación válida para todas las instituciones: el camino de una clínica de baja complejidad no es el de un sanatorio de complejidad media, ni el de una red integrada de alta complejidad, aunque todas compartan el mismo destino: una atención organizada, medida y pagada en función del valor que efectivamente genera para el paciente.

Bibliografía

Khalil H, Ameen M, Davies C, Liu C. *Implementing value-based healthcare: a scoping review of key elements, outcomes, and challenges for sustainable healthcare systems. Front Public Health.* 2025;13:1514098.

Porter ME, Teisberg EO. *Redefining Health Care: Creating Value-Based Competition on Results.* Boston: Harvard Business School Press; 2006.

Porter ME. *What is value in health care?* New England Journal of Medicine.

Porter ME, Thomas HL. *The big idea: the strategy that will fix health care.* Harvard Business Review; 2013.

Arrow KJ. *Uncertainty and the welfare economics of medical care.* American Economic Review; 1963.

Donabedian A. *The quality of care: how can it be assessed?* JAMA.

Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud, el camino hacia la cobertura universal.* 2010.

Organización para la Excelencia de la Salud (OES) y Planetree International. *Salud basada en valor: un enfoque integral para mejorar la atención en salud.*

OCDE. *Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS)*.

International Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). *Standard sets por condición médica*.

Kaplan RS, Anderson SR. *Time-driven activity-based costing*. Harvard Business Review; 2004.

Dittrich L, Beck da Silva Etges A, Siqueira de Souza J et al. *Cost evaluation of acute ischemic stroke in Latin America: a multicentric study The Lancet Regional Health – Americas*, 2024; 41

Hospital Universitario Cruces, Bilbao. *Herramienta de costeo TDABC para el ciclo de atención primaria-secundaria (braquiterapia de próstata y neuroestimuladores)*.

Bohmer RMJ. *Leading clinicians and clinician leaders*. N Engl J Med. 2013;368(16):1468-1470.

Steinmann G, Daniels K, Mieris F, Delnoij D, van de Bovenkamp H, van der Nat P. *Redesigning value-based hospital structures: a qualitative study on value-based health care in the Netherlands*. BMC Health Serv Res. 2022;22(1):1193.

Erichsen Andersson A, Bååthe F, Wikström E, Nilsson K. *Understanding value-based healthcare: an interview study with project team members at a Swedish university hospital*. J Hosp Adm. 2015;4(4):64-72.

Van der Nat PB, Van Veghel D, Daeter E, Crijns HJ, Koolen J, Houterman S. *Insights on value-based healthcare implementation from Dutch heart care*. Int J Healthc Manag. 2020;13(3):189-192.

Bonde M, Bossen C, Danholt P. *Translating value-based health care: an experiment into healthcare governance and dialogical accountability*. Sociol Health Illn. 2018;40(7):1113-1126.

Pomare C, Churrua K, Long JC, Ellis LA, Braithwaite J. *Organisational change in hospitals: a qualitative case-study of staff perspectives*. BMC Health Serv Res. 2019;19(1):1-9.

Nilsson K, Bååthe F, Andersson AE, Wikström E, Sandoff M. *Experiences from implementing value-based healthcare at a Swedish university hospital: a longitudinal interview study*. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):169.

Withers K, Palmer R, Lewis S, Carolan-Rees G. *First steps in PROMs and PREMs collection in Wales as part of the prudent and value-based healthcare agenda*. Qual Life Res. 2020;30:3157-3170.

Van Engen V, Bonfrer I, Ahaus K, Buljac-Samardzic M. *Value-based healthcare from the perspective of the healthcare professional: a systematic literature review*. Front Public Health. 2022;9.

Van Egdom LSE, Lagendijk M, van der Kemp MH, van Dam JH, Mureau MAM, Hazelzet JA, et al. *Implementation of value-based breast cancer care*. Eur J Surg Oncol. 2019;45(7):1163-1170.

Van Veghel D, Daeter EJ, Bax M, Amoroso G, Blaauw Y, Camaro C, et al. *Organization of outcome-based quality improvement in Dutch heart centres*. Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2020;6(1):49-54.

Nuño-Solinís R. *Advancing towards value-based integrated care for individuals and populations*. Int J Integr Care. 2019;19(4):8.

Bally ELS, van Grieken A, Ye L, et al. Value-based methodology for person-centred, integrated care supported by ICT (ValueCare) for older people in Europe: study protocol. *BMC Geriatr.* 2022;22:680.

Hurst L, Mahtani K, Pluddemann A, et al. Defining value-based healthcare in the NHS. *Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) report*; 2019.

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):134.

De Mattia et al. Estrategias de implementación de la atención médica basada en el valor en niveles macro, meso y micro.

Van Staaldin et al. Variabilidad en la adopción de componentes de la atención médica basada en el valor.

Díaz CA. Atención médico-sanitaria basada en el valor. *Material de cátedra, Diplomatura en Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, CONFELISA/Universidad ISALUD.*

Díaz CA. Medicina basada en el valor. *Material de la Master Class, Materia Gestión Estratégica, Maestría y Especialización en Gestión de Salud, Universidad ISALUD*; 2026.

Material elaborado con la asistencia de Claude AI (Anthropic) como herramienta de redacción y edición, bajo supervisión científica y académica del Dr. Carlos Alberto Díaz.