



COMUNIDAD de
APRENDIZAJE
SALUD
BASADA
en VALOR

**Comunidad de Aprendizaje de
Salud Basada en Valor**

Unidad de Prácticas Integradas
Manual de Implementación
Abril 2025



Autora principal

Dra. Maria Eugenia Teijeiro.
Investigadora.

[**mteijeiro@iecs.org.ar**](mailto:mteijeiro@iecs.org.ar)

Departamento de Calidad, Seguridad del Paciente y Gestión Clínica. IECS

Contribuciones

Dr. Luis A. Gimenez

Dr. Carlos E. García

Dr. Alfonso Fernandez Pazos

Dr. Ezequiel García Elorrio

Contenido

Introducción	2
Concepto de Unidades de Práctica Integrada:	2
Definición de UPI:.....	2
Implementación	3
Implementando la unidad de práctica integradas:.....	3
Compromiso y necesidades de liderazgo de la gobernanza para poner en marcha las UPI:	3
1. Modelo de unidad de liderazgo o liderazgo en tándem:.....	4
2. Modelo de liderazgo compartido:.....	4
Pasos para la implementación de las UPI:.....	7
1)Definición de la condición, necesidades de los pacientes y ciclo de cuidado.	7
2)Desagregar los procesos de atención:.....	8
3)Incorporar a los pacientes y familias:	9
4)Formar un equipo multidisciplinario:	11
5)Definir el valor:.....	12
6)Consensuar y actualizar las guías de práctica y protocolos:	13
7)Medición de costos:.....	13
Otras acciones relacionadas con la implementación de UPIs.....	15
Crear mecanismos que faciliten y respalden la integración en el equipo:.....	15
Gestión de agendas para mejorar el desempeño de las UPIs:	15
Co-diseñando de la unidad de práctica integrada:	17
Monitoreo del desempeño y funcionamiento de la UPI.....	18
Documentando la unidad de práctica integrada:.....	20
Bibliografía:	22

Introducción

Concepto de Unidades de Práctica Integrada:

El término Unidades de práctica integrada, fue impulsado por Porter y Teisberg al introducir el concepto de salud basado en valor, buscando pasar de un sistema que se basara en el volumen a un modelo que buscara la contención de los desperdicios, y la transformación de los caminos de atención a Unidades de práctica integrada (UPI). Con el fin de romper con la atención por silos de los pacientes, logrando una atención integral, que incluyera todas las necesidades del paciente(1,2). Las UPI, inicialmente fueron descritas como una “unidad “organizada en torno al paciente y brindando el ciclo completo de atención de una afección médica, incluida la educación, la participación y el seguimiento del paciente, y abarca la atención hospitalaria, ambulatoria y de rehabilitación, así como los servicios de apoyo”(2). Posteriormente se amplió el término a la unidad para una patología específica, o un grupo de patología que integran las mismas necesidades, concepto utilizado más que nada en el ámbito ambulatorio, o de rehabilitación(3).

Los sistemas de salud actuales, están basados en el modelo de atención realizado por profesionales de diferentes especialidades que resuelven problemas activos de los pacientes, pero no están organizados de manera que puedan trabajar en conjunto para resolver las necesidades de un paciente en conjunto, generando un sistema sumamente fragmentado, ineficiente y muy complejo para los pacientes y sus familiares. A su vez esta organización fragmentada, llevó a que se midieran los resultados en base a la actividad según el volumen de prestaciones, lo cual fue en detrimento de la entrega de valor y sus componentes.(3)

Definición de UPI:

Equipo conformado por personal asistencial y no asistencial que trabajan en conjunto para proveer atención a un grupo de pacientes con la misma condición o grupo de condiciones a lo largo del ciclo completo de atención. Los mismos están diseñados en función de las necesidades de los pacientes, no en función de los especialistas o intervenciones. Las mismas no se organizan según la entrega de servicios, sino más bien en las necesidades de los usuarios.(3)

Implementación

Implementando la unidad de práctica integradas:

Para poder llevar adelante una UPI, es necesario seguir ciertos pasos que nos permitan generar la cadena de valor definida para la condición seleccionada.

Los pasos necesarios para generar la cadena de valor, se pueden visualizar en el siguiente gráfico:



Compromiso y necesidades de liderazgo de la gobernanza para poner en marcha las UPI:

Los cambios en la prestación de los cuidados de la salud, los cuales se han ido modificando hacia la atención de calidad y basada en valor, conllevan cambios a nivel del liderazgo o gobernanza de las instituciones, y sistemas de salud. La decisión de virar la atención de un concepto fragmentado y en silos, hacia una atención basada en las necesidades del paciente, deben ser definidas por la alta dirección de las instituciones, o sistemas de salud.

El desafío que se presenta ante esta decisión, es que la implementación de la misma, sucede en otros ámbitos y en equipos multidisciplinarios, en los cuales la alta dirección no tiene impacto operativo.

Por tal motivo para que puedan suceder estos cambios, debe existir un liderazgo efectivo en estos sitios de atención o contacto con los pacientes/usuarios, para asegurar que los objetivos de brindar una atención basada en las necesidades de los pacientes y su condición sean cumplidos(4).

En la búsqueda de lograr coordinar todos los esfuerzos institucionales para brindar atención eficiente, segura, de calidad y brindando valor, se sugieren diversos modelos de liderazgo para las Unidades de práctica integradas.

1. Modelo de unidad de liderazgo o liderazgo en tándem:

Los fundamentos de este modelo, se basan en que la cultura y el modelo de atención se crea en cada sitio y se sustenta a través de estructura, procesos, y relaciones, que toman forma y se sustentan con el apoyo de un fuerte liderazgo diario, como componente más influyente sobre el entorno laboral(5,6).

Este modelo está sustentado generalmente por un liderazgo en tándem, formado generalmente por un especialista médico y un líder de enfermería.

Este esquema requiere que las personas que lleven adelante dichos roles, puedan contar con ciertas habilidades que no siempre son propias de su carrera de base o de sus capacidades personales, por lo que requieren de capacitación específica como ser (7):

- a) Entrenamiento en liderazgo
- b) Calidad de atención (six sigma, lean, PDSA)
- c) Métricas de resultados
- d) Satisfacción del paciente
- e) Trabajo interdisciplinario y colaborativo

Para poder implementar este tipo de liderazgo, es fundamental que la alta dirección otorgue a quienes cuentan con estos roles dentro de la UPI, tiempo protegido para las tareas que respectan la organización, coordinación, reuniones, y seguimiento de métricas, entre otras tareas que superan sus tareas habituales. Por lo que el apoyo de la alta dirección debe existir para que suceda(4). Ej entre un 10- 20% de su agenda para la tarea de liderazgo.

2. Modelo de liderazgo compartido:

El modelo de liderazgo compartido se basa en la condición subyacente de las UPI, en las cuales sus miembros, deben trabajar colaborativamente, con un objetivo común y tomando responsabilidad compartida sobre el tratamiento del paciente. En este sentido, se sugiere, la necesidad de un liderazgo que promueva la integración de los diferentes profesionales y priorice el valor a entregar a los pacientes (3).

Al reorganizar la atención de los pacientes en una UPI, las líneas de autoridad jerárquica habituales, se ven modificadas. Por lo que se necesitan nuevos roles de liderazgo que guíen o empujen el cuidado en torno a las condiciones de los pacientes y no basados en las especialidades médicas (11).

Esto implica que el modelo de liderazgo de la UPI, se encuentra equitativamente repartido entre todos los miembros de la unidad, sugiriendo la existencia de un ambiente integrado y colaborativo de trabajo donde

cada integrante aporta al otro las cualidades que posee, para llevar adelante el objetivo acordado de una manera complementaria, ya que no hay uno solo integrante, que pueda abarcar la totalidad del conocimiento necesario para sobrellevar la totalidad del proceso (12,13).

Investigaciones previas en trabajo en equipo, sugieren que este modelo de liderazgo compartido sería beneficioso para las UPI, ya que empujarían al equipo a trabajar colaborativamente facilitando la atención integrada brindando valor para los pacientes (14).

Dependiendo del tipo de liderazgo que guía la puesta en marcha de la UPI, el mismo puede facilitar la interacción de los colaboradores, o puede por lo contrario generar rispideces, basadas en un liderazgo jerárquico e individual, desviando la toma de decisiones en una sola persona(15). Por tal motivo, se sugiere, la implementación del liderazgo compartido, ya que el mismo, se ajusta al contexto de la UPI (16).

La misión del liderazgo en relación a la SBV es promover la integración profesional y priorizar la entrega de valor a los pacientes. Su función respecto el un equipo multidisciplinario es guiar al mismo para alcanzar los objetivos deseados, en este caso cumplir con las necesidades de los pacientes y su condición(17). Tradicionalmente esto se daba a través de una sola persona, en una estructura jerárquica vertical. El liderazgo relacionado a los equipos multidisciplinarios, ha ido mutando hacia liderazgos horizontales en los cuales diferentes miembros del equipo influyen los procesos de los otros para alcanzar los objetivos. Este modelo divide las responsabilidades de liderazgo entre los miembros del equipo, que coordinan diferentes momentos o actividades del proceso, llevando a la sinergia entre los integrantes del equipo(14,18). Este concepto engloba mucho más que el trabajo colaborativo entre miembros del equipo, ya que implica además llevar adelante, tareas de coordinación y distribución de tareas dentro del equipo, pero dada la diversidad de integrantes y visión holística de la UPI, es necesario que estas responsabilidades sean compartidas ya que ninguno de sus integrantes tendría el conocimiento de todas las áreas a coordinar(16)

En este tipo de modelos se sugiere que existan al menos algunos de los siguientes roles dentro de la UPI:

- a) Especialistas médicos
- b) Project manager
- c) Coordinador o asistente de enfermería
- d) Gestor de calidad o gestor operativo
- e) Miembros UPI con tareas de liderazgo
- f) Miembros de la UPI sin tareas administrativas

Aquellos integrantes de la UPI que cuentan con roles o actividades de liderazgo, tendrán responsabilidades compartidas en el liderazgo de la misma, buscando, que cada líder influya de acuerdo a su rol en el resto del equipo de manera positiva, describiéndose los siguientes tipos de liderazgo:

- a) Liderazgo operativo: Aquel que está orientado a guiar la operación de la UPI, para lograr los objetivos de la misma, lo que incluye, velar por los procesos, la calidad y eficiencia de la UPI (incluye seguimiento de métricas), la generación y coordinación de las reuniones interdisciplinarias. Estas tareas por lo general son realizadas por el Project manager
- b) Liderazgo relacional: El mismo es el que se ocupa de mantener y mejorar las relaciones interpersonales entre los miembros del equipo de la UPI, facilitando y promoviendo la intervención de todos los miembros. Este rol debería ser cumplido por personas con liderazgo formal como ser líder médico y líder de enfermería.
- c) Líder de innovación: Es aquel que promueve y visualiza la innovación de la UPI, concretamente es quien vela

por la mejora continua y cambios necesarios en la UPI. Utilizando las métricas reportadas por los pacientes PROMS/PREMS.

d) Liderazgo externo: Individuo que pertenece a la UPI, que tiene como rol la interacción con áreas o personas fuera de la misma, pero que pueden ser requeridos en parte del proceso de atención. Esta persona no debe tener un rol de liderazgo específico dentro de la UPI, pero sí contar con un rol de conexión entre partes(16).

Los modelos presentados, más allá de sus diferencias, demuestran la necesidad de un cambio en la manera de liderar los equipos, pasando de la individualidad a una estructura de liderazgo más transversal o compartida. Esto va en la misma línea de cambio en la estructura de la atención de los pacientes que deja de ser en silos para convertirse en unidades de práctica integrada que abarquen todas las necesidades de los pacientes con una condición o grupo de condiciones.

Pasos para la implementación de las UPI:

1) Definición de la condición, necesidades de los pacientes y ciclo de cuidado.

El primer paso para la generación de la cadena de cadena de valor, es la definición de la condición, necesidades de los pacientes y ciclo de cuidado.

Dado que las UPI se desarrollan en torno a grupos de pacientes con una condición común o un conjunto de condiciones médicas comunes, debemos como punto de inicio determinar claramente para QUÉ grupo de pacientes se está gestando la UPI.

Para ellos se sugiere tener en cuenta los siguientes puntos:

- a) Cómo se identifican y alcanza a la población seleccionada
- b) Determinar las principales necesidades del grupo de pacientes seleccionados, tanto las derivadas del problema médico principal, como de las comorbilidades más frecuentes.
- c) Determinar el ciclo de atención sobre el cual se trabajará para incrementar el valor para el grupo de pacientes seleccionados.

La clave en la identificación del grupo de pacientes es determinar el conjunto de necesidades que pueden ser mejor y más eficientemente satisfechas por equipos multidisciplinarios que trabajen estrechamente juntos.

Paso a realizar en esta etapa:

Área	Definiciones
Alcance	Localización o localizaciones donde se llevarán a cabo las prácticas.
Población diana	Detallar la población a atender, edades, diagnóstico, inclusiones y exclusiones.
Recursos	Definir los recursos de personal, estructurales, equipamiento, etc para lograr la atención.
Metas y objetivos	Constatar los objetivos y metas de la atención

Área	Definiciones
Resultados esperados	Detallar los resultados en los siguientes ámbitos: clínicos, recaídas, ev. adversos asociados al tx a corto y largo plazo, calidad de vida, reinserción en las actividades de la vida diaria, sociales, laborales y deportivas, etc.

- a) Definir el alcance de la UPI: Localizaciones o sectores donde la UPI se desarrollará
- b) Definir la población diana: la población de pacientes que integrarán el ciclo de cuidado planteado
- c) Definir las necesidades de dichos pacientes en relación a:
 - 1) Necesidades administrativas relacionadas a la atención (clínica, diagnóstica y tratamiento)
 - 2) Definir el ciclo de cuidado para la patología definida: Teniendo en cuenta el punto de inicio y el de finalización de la misma, buscando mejorar la eficiencia de los procesos (disminuyendo desperdicios en la atención), llevando a mejores resultados que importan al paciente)

2) Desagregar los procesos de atención:

Una vez definida la población y alcance de la UPI, es esencial desagregar todos los procesos que hacen a la travesía del paciente en relación a la condición seleccionada para la unidad de práctica integrada. Esto quiere decir, enumerar los actos por los que transcurren los pacientes que incluyen, entre otros:

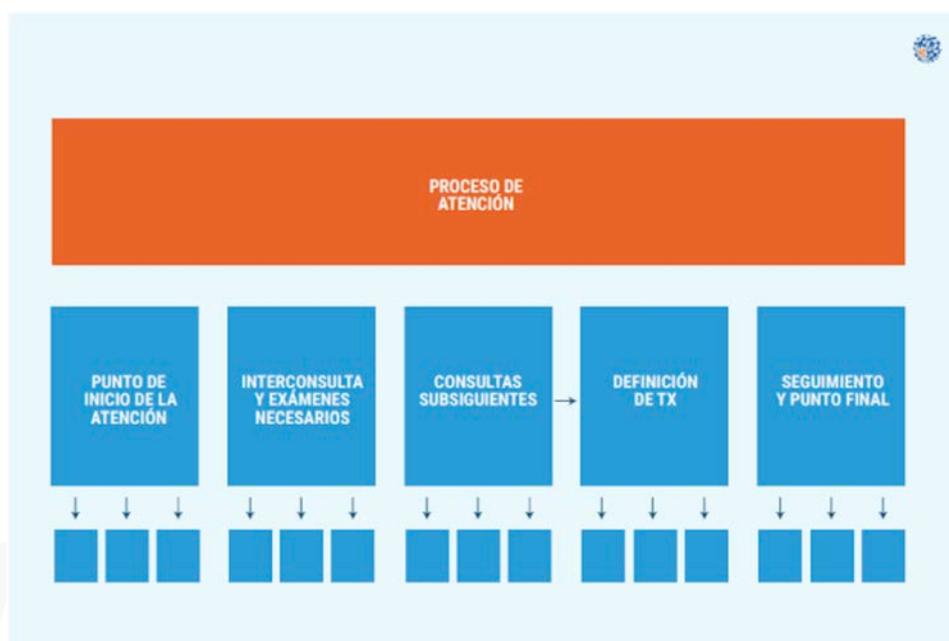
1. Consulta inicial de evaluación
2. Decisión de la realización de la intervención
3. Procesos de evaluación preoperatoria
4. Realización del proceso, desde la admisión hasta el alta
5. Seguimiento postoperatorio inmediato
6. Seguimiento postoperatorio a corto plazo
7. Alta de la condición

Estos puntos desagregados, darán lugar a la cadena de atención de los pacientes, la determinación del proceso de atención incluye todas y cada una de las actividades que conforman la atención de la condición elegida desde el primer evento hasta su punto final. La misma debe tener en cuenta tanto las actividades “cara a cara” con los pacientes como también todas aquellas actividades relacionadas a la atención, que no requieran la presencia de los pacientes, como ser ateneos de discusión del equipo multidisciplinario, horas requeridas para informes y puntuación (si fueran necesarios), entre otros.

Esta desagregación de todas las actividades nos permitirá entender el ciclo de atención, conocer el “ Patient

Journey”, que serán la base para luego llevar a cabo el análisis de los procesos vinculados, su costeo y la selección de métricas necesarias para su evaluación objetiva.

Esquema de la desagregación del proceso de atención:



3) Incorporar a los pacientes y familias:

La incorporación de los pacientes y familiares que serán afectados por el proceso de atención es uno de los pasos distintivos de los CSBV. Ellos aportarán su perspectiva y contribuirán al desarrollo de las métricas de la cadena de valor: antes, durante y después del procesos (19–21). Los CSBV implican el cambio de una atención centrada en los prestadores a un foco puesto en las preferencias y resultados esperados por quienes reciben los servicios (1,22). Hablar de una atención centrada en el paciente, significa cuidados planificados, gestionados, prestados y mejorados de forma continua con la activa participación de los pacientes y sus familias (o cuidadores definidos por los mismos pacientes) de una manera que permita integrar sus preferencias, valores y resultados clínicos deseados (23). Dicho en pocas palabras “nada sobre un paciente sin el paciente y su familia” Necesariamente, este salto que va de prestar servicios de salud a los pacientes hacia prestar, gestionar y mejorar los servicios con los pacientes conlleva importantes desafíos y cambios. La migración a un sistema de atención centrado en el paciente implica concentrar esfuerzos en cómo lograr el involucramiento activo de los pacientes y familias (empoderamiento) para trabajar de la mano de los profesionales de la salud en una activa asociación en los diferentes niveles del sistema (atención directa, diseño organizacional, sistemas de gobernanza y gestión de políticas públicas) para mejorar la salud y los cuidados de salud (24). Suena paradójica la definición de “incorporar a los pacientes” en la creación de valor en cuidados de salud cuando en realidad los pacientes son el centro de los cuidados de salud. De todas maneras a menudo sus voces son ignoradas o puestas de lado en el momento de tomar decisiones sobre su propia salud, sus tratamientos y el costo de sus cuidados. Los cuidados centrados en los pacientes pueden aún ser muy deficientes si los inputs no son

aportados por los pacientes y considerados una parte integral del proceso (25,26).

1. **Autonomía:** respetar la capacidad para tomar decisiones.
2. **Compasión:** actitud del profesional de empatizar con el paciente y preocuparse por sus problemas.
3. **Profesionalismo:** competencias y experiencia del profesional.
4. **Sensibilidad:** compromiso con la realización del tratamiento y cuidados incluyendo el respeto de la individualidad y autonomía, sensibilidad por la falta de coordinación institucional, falta de accesibilidad, discontinuidad en los cuidados. Consideración por el paciente, enfoque y trato humano, respeto por aspectos culturales, idiomáticos, religiosos y culturales.
5. **Camaradería:** interacción con los profesionales basada en la igualdad. Capacidad de hablar en forma fluida y deliberativa con el profesional. Respeto mutuo y reconocimiento de la interdependencia. Los valores y preferencias de los pacientes están inter-relacionados y en parte superpuestos; la primera categoría de valores comprende valores relacionados con el paciente y su contexto; la segunda categoría se relaciona con las características del profesional evaluado por el paciente y la tercera categoría se relaciona con la interacción entre el paciente y el profesional (Fig 1) (7,15).

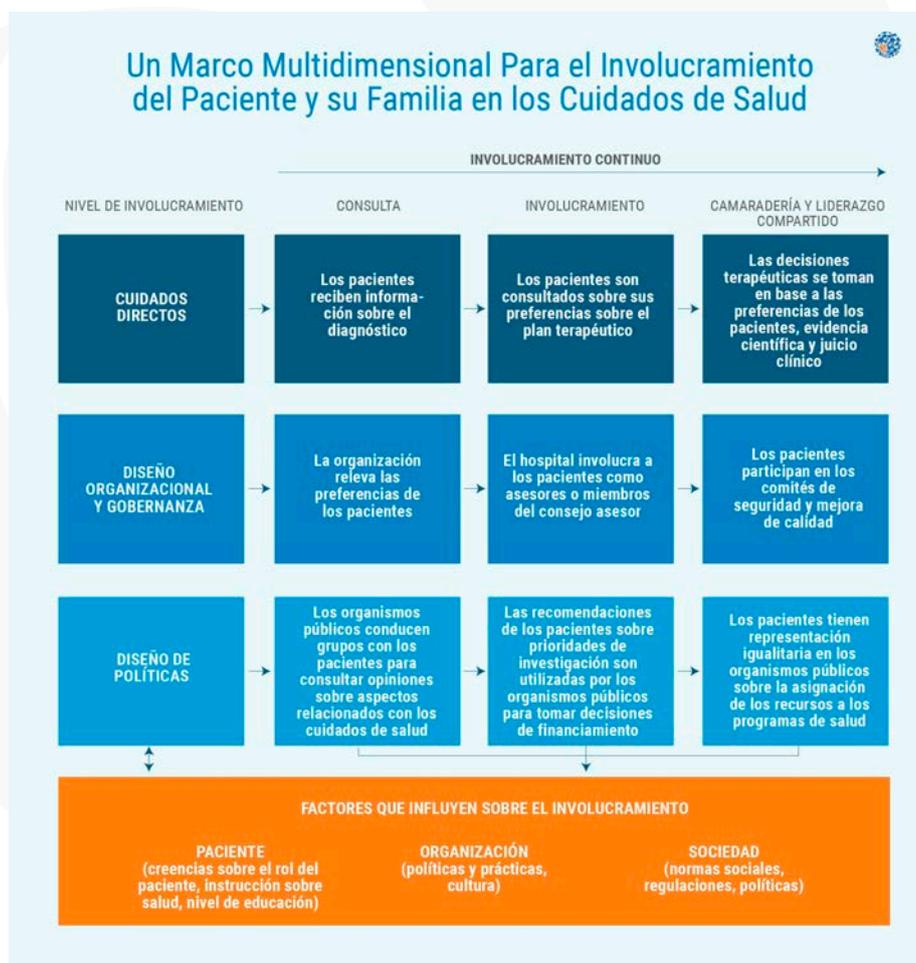


tabla adaptada al español del artículo *Engaging patients to improve quality of care: a systematic review* (115)

Ver sección de Co-diseño como herramienta para completar esta etapa.

4) Formar un equipo multidisciplinario:

Es decir, definir todos los individuos que intervendrán en el proceso de atención del paciente que incluyen, la combinación adecuada de personal clínico y de apoyo al paciente para el ciclo completo de atención, incluyendo condiciones médicas comórbidas y complicaciones comunes. Es importante tener en cuenta, el personal administrativo, el personal médico, enfermería, equipo de rehabilitación, equipo de evaluación y los equipo de seguimiento.

Para los sistemas de Salud basados en valor es indispensable el trabajo en equipo e interdisciplinario, cosa que muchas veces parece imposible en medicina debido a la concepción estanca de las estructuras (28). El trabajo en equipo a su vez se dificulta en el cuidado de la salud ya que por lo general los médicos valoran su autonomía, esto era viable en la era en la que la calidad se creía no podía ser medida, actualmente este concepto viró hacia una valoración del trabajo en equipo, que garantice seguridad a los pacientes, y mejores resultados (21). De aquí la importancia de poner generar los equipos de trabajo que serán la clave para que las unidades integradas de atención (UPI).

El grupo de personas definidas en esta etapa dependerá en gran medida de la cadena de valor descrita en el primer punto.

Puntos a tener en cuenta son:

- a) Necesidad de personal administrativo para:
 - Manejo de agendas
 - Recepción de pacientes
 - Seguimiento y ayuda a los pacientes (navegadores)
 - Personal para la recolección y análisis de los datos (oficina de valor? /externos?)
- b) Personal médico y técnico requerido para la atención de la condición específica seleccionada, como aquellos profesionales requeridos para atender todas las necesidades asociadas a dicha condición.
- c) Personal de apoyo como ser aquellas relacionadas especialidades relacionadas con la salud mental, la rehabilitación, la enfermería, la optimización del cuidados (personal administrativo como navegadores, quienes velan por la continuidad del cuidado), etc.
 - Especialistas en cesación tabáquica
 - Especialistas en manejo de dolor
 - Psicólogos/ psiquiatras
 - Asistentes sociales

La fortaleza de la Unidades de práctica integrada radica en contar con personal experto full time o casi full time, con una combinación adecuada de personal part time, basada en el requerimiento de tiempo de cada especialidad en relación a las necesidades de cada especialidad detallada previamente, que permita el funcionamiento adecuado del equipo (3).

5) Definir el valor:

Con valor nos referimos al resultado de la fórmula compuesta por los resultados que más le importan a los pacientes, como numerador, y el costo por episodio (entendiendo esto como el ciclo completo de atención definido para la condición específica), en el denominador. Aumentando el valor cada vez que aumentan los resultados que importan a los pacientes a un igual o menor costo (lo cual se logra a través de la reducción de los desperdicios de los procesos), manteniendo siempre la calidad de atención y bajo los lineamientos de la medicina basada en la evidencia.

Como medir o cuantificar el valor:

El valor del proceso asistencial, o en definitiva de una UPI, se mide a partir de un conjunto de indicadores que deben analizarse en conjunto para poder entender el funcionamiento de la UPI y determinar su impacto. Estos incluyen los siguientes:

- **Métricas o indicadores de procesos:** El objetivo de este tipo de métricas es poder determinar si el paciente recibió una atención de calidad, con esto nos referimos a la manera en que se brindan los servicios prestados a los pacientes para mantener o mejorar su estado de salud o necesidad específica. Este tipo de indicadores sirven de balance, demostrando que la atención no disminuye la calidad y sigue regida por estándares basados en la evidencia para cada proceso específico contenido en la cadena de valor. Estos indicadores marcan en definitiva que los procesos necesarios para la atención han sido efectuados como deben y en el tiempo correspondientes.
- **Métricas o indicadores de resultados:** El objetivo de los mismos es evaluar los cambios logrados en la salud del paciente., los mismos son medidos por los prestadores y basados en los resultados médicos que consideran brindan información referente a los resultados de los objetivos buscados.
- **Patient Reported Outcome Measures (PROMS):** Como bien dice su nombre son resultados reportados por los propios pacientes, en base a lo que a ellos les importa obtener como resultado de la atención. El objetivo de los mismos es medir los resultados del tratamiento desde la perspectiva de los pacientes, facilitar la comunicación entre los pacientes y profesionales y contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de salud.
- **Patient Reported Experience Measures (PREMS):** El objetivo de estas métricas es , intentar recabar información referente a la experiencia de los pacientes con la interacción en el sistema de salud, intentando evaluar el impacto de los procesos de atención con la experiencia del paciente.
 - Existen dos tipos de PREMS:
 - a) **PREMS Funcionales:** Evalúan las cosas prácticas de la interacción como ser las instalaciones, acceso a la atención, entre otros
 - b) **PREMS relacionales:** Los que miden los componentes de la experiencia que se refieren a la experiencia de la relación interpersonal durante el encuentro con el sistema

Resumen del conjunto de datos para medir valor:

	PROM (Mediciones de Resultados Reportados por los Pacientes)	PREM (Mediciones de Experiencias Reportadas por los Pacientes)	Mediciones de Resultados Clínicos	Mediciones de Resultados Reportados por Clínicos
Descripción	Función, estado de salud, calidad de vida reportados por los pacientes	Experiencia vivida con los cuidados reportada por el paciente	Mediciones clínicas objetivas del estado de salud	Funcionalidad o estado de salud reportada por clínicos
Fuente de datos	Paciente	Paciente	Historias Clínicas Electrónicas u otros registros	Historias Clínicas Electrónicas u otros registros
Bases de los datos	Evaluación del paciente	Evaluación del paciente	Mediciones objetivas	Evaluaciones de los clínicos
Ejemplo de medición	EQ-5D	NPS	Test de marcha a 10 metros y capacidad pulmonar total	Capacidad de trabajar

EQ-5D es un instrumento genérico de medición de calidad de vida relacionada con la salud. NPS (Net Promoter Score) sistema para medir satisfacción y lealtad del cliente.

Existen ciertos conjuntos de PROMS ya definidos en la literatura o por otras instituciones como ICHOM (27), PROMIS (28), entre otras. El desarrollo de esta validación de indicadores debe contar con la visión del paciente y el entorno familiar que será afectado por el proceso (la intervención), de los proveedores y financiadores del sistema (21) y tiene como objetivo poder medir el valor y hacer comparaciones en el tiempo con uno mismo y con otros que estén trabajando en UPIs similares.

6) Consensuar y actualizar las guías de práctica y protocolos:

A la hora de implementar un modelo de salud basado en valor, uno de los puntos con los que debe contar una institución, es la existencia de caminos críticos, o guías de práctica clínica que ayuden a disminuir la variabilidad en la atención (29). Por tal motivo es conveniente al iniciar el proceso llevar a cabo una revisión de la literatura y el grado de adopción/variabilidad de las guías clínicas y protocolos existentes incorporando prácticas basadas en la evidencia y eliminando la variabilidad entre los profesionales involucrados.

7) Medición de costos:

Los costos a analizar son los que corresponden al ciclo completo de atención determinado para la UPI. Para llevar a cabo el costeo de cada uno de los pasos, los mismos deben haberse detallado con claridad al diseñar la UPI y los procesos que contiene.

Otro factor importante a tener en cuenta para este paso es el tiempo que lleva ejecutar cada paso, por paciente

(pueden utilizarse promedios). Este dato es crucial para poder determinar el costo por paciente que utiliza la UPI, y será la unidad de medida que puede utilizarse para ver si el rediseño de la atención hace la misma más eficiente y con menos desperdicio.

El time driven activity based costing (TDABC) es una de las metodologías utilizadas en el mundo para llevar a cabo el análisis de los costos. El costeo adecuado de cada paso de la atención, es importante para las instituciones ya que les permite entender los costos incurridos en conseguir determinado resultado en salud basándose en los recursos utilizados. El costeo deficiente lleva a consecuencias desastrosas a nivel de la gestión, los resultados y el manejo eficiente de la atención.(30)

Los pasos para llevar a cabo esta estrategia se centran en lo siguiente:

- 1) **Contar con la definición de la condición sobre la que se va a re-diseñar el modelo de atención:** Es indispensable en este punto poder tener claro el inicio y el fin de lo que se tomará como ciclo completo de atención
- 2) **Generación de la cadena de valor para dicha condición:** Definir la atención desde la perspectiva holística de la misma, y todos los puntos que toca para llegar al resultado deseado. Tener en cuenta todos los puntos de contacto del paciente con el sistema, y aquellas actividades requeridas para la atención que no necesariamente son frente a frente con el paciente.
- 3) **Mapeo del proceso:** En este punto es necesario tener en cuenta todos los pasos que suceden para el resultado final buscado. El mayor detalle es mejor
- 4) **Estimación de tiempos:** En base al proceso relevado, se estiman los tiempos de cada actividad tanto aquellas que suceden frente al paciente como las que no.
- 5) **Estimación de costos:** Contando con los tiempos de cada actividad y los datos de costos que se cuentan del sistema (por ejemplo: costo hora médico, costo descartables, etc)
- 6) **Calcular costo total por paciente:** Utilizando la estimación de tiempos, y los costos por actividad se calcula el costo total por paciente.

Otras acciones relacionadas con la implementación de UPIs

Crear mecanismos que faciliten y respalden la integración en el equipo:

Para que una UPI funcione de manera eficiente, es recomendable que el equipo multidisciplinario, cuente con espacios físicos, y tiempo protegido para lograr un trabajo en conjunto y coordinado. Para ello es importante que las organizaciones logren los siguientes puntos:

a. Instalaciones físicas diseñadas para respaldar la atención integrada: Esto permite que el equipo de trabajo lleve adelante sus tareas en conjunto, estimula la interacción formal de los integrantes, entre otros aspectos necesarios para el funcionamiento eficiente del equipo multidisciplinario.

b. Relocación de personal: Para ello, hay que contar con las instalaciones físicas integradas, las cuales van a permitir que el personal pueda ser realocados al sitio correspondiente a la UPI y no dentro de los sectores correspondientes a sus especialidades ubicado en el mismo lugar.

c. Servicios comunes que respalden el desempeño eficiente de la UPI, incluyendo admisión de pacientes, programación, manejo de pacientes, navegadores entre otros. Esta estructura administrativa transversal es la que desempeña un rol crucial en la continuidad del cuidado integral de los pacientes, y es clave para la reducción del desperdicio.

d. Un equipo de liderazgo enfocado en gestionar y mejorar la IPU como una unidad única, no vinculada a especialidades o departamentos.

Gestión de agendas para mejorar el desempeño de las UPIs:

Al intentar comprender para gestionar el funcionamiento de una UPI surge la necesidad de encontrar una ecuación lógica al flujo de los pacientes que deben transitar por ella, pasando por la diversidad de profesionales que la conforman. Este concepto comparte ciertas características a las de un negocio abierto al público, entre las cuales resaltamos las siguientes, la falta de conocimiento de las necesidades del paciente hasta que el mismo pasa por el primer paso de la atención y el tiempo que cada paciente requiere con el profesional (31)

Un punto clave y único de las UPI, es que el paciente permanece en el mismo sitio mientras dura su visita con todos los profesionales necesarios, siendo el centro de los caminos críticos de los diferentes prestadores transversales. Permitiendo de esta manera que los diferentes prestadores trabajen de manera integrada en torno al paciente y puedan focalizarse en el área específica para la que se entrenaron o capacitaron.

Si comparamos una UPI con una industria, los prestadores podrían pensarse como las máquinas necesarias para la producción, y los pacientes como los trabajos a realizar. La performance clínica podría medirse a través de las demoras en el proceso (total del tiempo de proceso) y tiempo total de atención, dos métricas en conflicto que deben estar balanceadas para que la performance sea aceptable.

Esto lleva a la primera necesidad a la hora de pensar en la gestión de agenda de los involucrados: El orden en que deben ser vistos por los pacientes. Con esto hay que entender que ciertos pasos pueden tener que suceder antes que otros, mientras que muchos otros no van a requerir de una secuencia específica, brindando la flexibilidad necesaria a la agenda para evitar espacios muertos que lleven a desperdicios en tiempo y recursos, especialmente de profesionales. Un ejemplo podría ser el de la clínica de dolor articular de Dell Medical center la cual está conformada por una enfermera para la evaluación inicial, un cirujano, un nutricionista y un kinesiólogo. El primer paso en esta UPI es siempre la enfermera quien detecta la necesidad de ver o no al cirujano. Si este fuera el caso él sería el segundo paso obligado, pero si no fuera necesario su visita, es indistinto como ese paciente pase por el resto del equipo, dándole la flexibilidad necesaria al sistema para evitar cuellos de botella según la población que esté en consulta en ese momento. Esta flexibilidad conlleva una necesidad crítica para que las UPI sean eficientes, todos los prestadores necesarios para la condición deben estar presentes, pero no todos los pacientes deben ver a todos los profesionales.

Como se pone de manifiesto, las UPI tienen un desafío operativo importante relacionado con la combinación de las agendas de todos los profesionales que deben ver a los diferentes pacientes. Lo cual requiere de una gran coordinación entre prestadores para evitar demoras y congestiones. La secuencia de atención que debe seguir el paciente según las necesidades de la condición que se esté tratando es lo que hace que la gestión de las agendas, se convierta en un punto clave de la eficiencia en el trabajo multidisciplinario para que la atención sea eficiente y sin demoras, en este tipo de modelo de atención. Por lo que es de suma importancia contar con modelos de agenda pensados de antemano de acuerdo al análisis de las necesidades de los pacientes y de los prestadores (tiempo promedio de atención por paciente) que integran las UPI, para balancear las necesidades de los profesionales, pacientes y la demora en la atención de los mismos.

Si comparamos una UPI con una industria, los prestadores podrían pensarse como las máquinas necesarias para la producción, y los pacientes como los trabajos a realizar. La performance clínica podría medirse a través de las demoras en el proceso (total del tiempo de proceso) y tiempo total de atención, dos métricas en conflicto que deben estar balanceadas para que la performance sea aceptable.

Esto lleva a la primera necesidad a la hora de pensar en la gestión de agenda de los involucrados: El orden en que deben ser vistos por los pacientes. Con esto hay que entender que ciertos pasos pueden tener que suceder antes que otros, mientras que muchos otros no van a requerir de una secuencia específica, brindando la flexibilidad necesaria a la agenda para evitar espacios muertos que lleven a desperdicios en tiempo y recursos, especialmente de profesionales. Un ejemplo podría ser el de la clínica de dolor articular de Dell Medical center la cual está conformada por una enfermera para la evaluación inicial, un cirujano, un nutricionista y un kinesiólogo. El primer paso en esta UPI es siempre la enfermera quien detecta la necesidad de ver o no al cirujano. Si este fuera el caso él sería el segundo paso obligado, pero si no fuera necesario su visita, es indistinto como ese paciente pase por el resto del equipo, dándole la flexibilidad necesaria al sistema para evitar cuellos de botella según la población que esté en consulta en ese momento. Esta flexibilidad conlleva una necesidad crítica para que las UPI sean eficientes, todos los prestadores necesarios para la condición deben estar presentes, pero no todos los pacientes deben ver a todos los profesionales.

Para poder solucionar el problema de las agendas hay que situarse en dos puntos claves.

- 1) La cantidad de pacientes que pueden agendarse: Este es el primer paso para poder determinar cuántos pacientes pueden ingresar por franja horaria
- 2) Las reglas de agendamiento: Que determinarán qué tipos de pacientes pueden entrar en cada franja (si de primera vez o seguimiento)

Es indispensable para el diseño de las UPI y sus agendas, tener en cuenta la cantidad de consultorios disponible y la cantidad de tiempo que el paciente permanece en él por franja horaria, determinar si utilizará un solo sitio durante toda su estadía en la UPI, y los que se movilizan son los profesionales o por el contrario si será el paciente quien se movilice en torno a los profesionales. A su vez no puede dejar de tenerse en cuenta el factor de imprevisibilidad que acarrea la atención médica como factor que agrega complejidad.

Para ello, y una vez definidas las necesidades de espacio y profesionales, como la secuencia de los mismos, se deben seguir los siguientes pasos para intentar encontrar una gestión eficiente de la unidad de práctica integrada:

- 1) Tiempo promedio necesario en la atención del paciente: Ya que el mismo será el tiempo mínimo que deba haber entre cada paciente agendado.
- 2) Determinar el tiempo de tareas administrativas que deben llevarse a cabo con el fin de que las mismas puedan realizarse al finalizar el encuentro con el paciente (mientras este ya se encuentra con el siguiente profesional), y antes de que ingrese el próximo paciente. El objetivo de este punto es que las tareas administrativas no afecten el flujo de pacientes.
- 3) Simular la mejor combinación de profesionales para poder ver el mayor número de pacientes por franja horaria, sin comprometer la calidad de la atención necesaria.

Co-diseñando de la unidad de práctica integrada:

Las estrategias de co-diseño de UPI, provienen del design thinking, su objetivo es rediseñar los sistemas desde la perspectiva del que recibe la atención, a diferencia de las herramientas de la mejora continua como ser lean, six sigma o el modelo de mejora que se basan en la perspectiva del prestador.

La base del co-diseño es la participación de todos los actores del proceso, incluyendo quienes lo brindan y quienes lo reciben. Se recomienda que este paso no se lleve a cabo antes de definir los resultados que importan a los pacientes y los gaps en la atención, para que los aportes de estas personas claves, estén enfocadas en el diseño de la atención, y no en la detección de falencias en el sistema (32,33).

El objetivo de dicha estrategia es determinar las estrategias que guiarán la implementación del rediseño para la obtención de los mejores resultados para las personas, y la mejora o eliminación de las necesidades no cumplidas por el sistema en su prestación actual.

Monitoreo del desempeño y funcionamiento de la UPI

Para poder determinar el desempeño de las Unidades de práctica integrada, debemos remitirnos al cumplimiento de los atributos de las mismas. Para ello es conveniente diseñar indicadores que den cuenta del cumplimiento de los diferentes aspectos que deberían estar presentes en la Unidad de práctica integrada.

Para ellos debemos tener en cuenta los diez atributos de las UPI, mencionados previamente(3):

1. Organizada en torno a una condición clínica o condiciones con necesidades similares
2. Compuesta por un Equipo multidisciplinario
3. Estructura organizativa común
4. Responsabilidad del equipo en el ciclo completo de atención:
5. Responsables de educación y el seguimiento a los pacientes
6. Integración de la Estructura Administrativa:
7. Procesos de Apoyo al Trabajo Multidisciplinario
8. Liderazgo que guíe la integración
9. Medición de resultados e indicadores comunes
10. Reuniones formales e informales regulares para la integración

Basados en estos principios, debemos generar métricas que compongan un tablero de control para observar el cumplimiento, funcionamiento y desempeños de cada punto, por lo general se busca entender la presencia o ausencia del componente, por lo que las variables de medición son dicotómicas. Ciertos ejemplos de marcos utilizados para esto citan como importantes los siguientes puntos(34):

Atributo	Métricas propuestas
Organizado en torno a una condición médica (grupo de condiciones)	La UPI tiene definida la condición médica o grupo de condiciones
	La UPI define una cadena de valor que rige su prestación de servicios
	La UPI tiene un proceso de comunicación e interconsulta con profesionales que no están directamente involucrados con sus procesos de atención

Atributo	Métricas propuestas
Compuesta por un equipo multidisciplinario	Definición de los integrantes asistenciales, de soporte y administrativos para la UPI
	Definición de roles y responsabilidades dentro de la UPI
Estructura organizativa común	Existe una estructura de liderazgo que facilita la interacción entre áreas asistenciales, administrativas y de soporte
Responsabilidad del equipo en el ciclo completo de atención	Los integrantes del equipo son capaces de abordar todas las necesidades comunes de los pacientes y las comorbilidades mas frecuentes
	Existen mecanismos para comunicarse y prestar atención con prestadores para necesidades fuera de lo común
Responsable de la educación y seguimiento de los pacientes	Existen mecanismos para la educación de los pacientes
	Existen mecanismos para mejorar la adherencia al tratamiento
	Existen mecanismos que ayuden a la toma de decisiones compartidas
Liderazgo que guíe la integración	Existe un líder de la UPI quien es responsable por el trabajo integrado de todos sus integrantes
Medición de resultados comunes	Existen indicadores clínicos, procesos y flujos
	Existen indicadores de resultados reportados por paciente
	Existen indicadores de experiencia reportados por pacientes
Reuniones formales e informales que apoyen la integración	Existencia de reuniones o encuentros multidisciplinarios que apoyen el trabajo colaborativo

Las instituciones y dependiendo las características de cada una de ellas y lo que consideren importante medir para determinar el desempeño de sus UPI, pueden tomar los atributos en su totalidad, o el grupo de ellos que sea mas representativo para sus características intrínsecas.

Documentando la unidad de práctica integrada:

En el marco de la presentación de una Unidad de práctica integrada, la misma debe cumplir con ciertos requisitos de documentación que lleven al entendimiento de su fundamento, alcance, cadena de valor, integrantes y funcionamiento, entre otros. Tanto para entender la UPI en si misma como para que dicho documento sea la presentación a la dirección de las instituciones y el mismo sea la base del acuerdo y aprobación para su implementación.

Para ellos se sugiere que dicho documento cuente con al menos los siguientes puntos y definiciones:

1) Nombre de la UPI: El nombre de la UPI debe contar con cierta información que lo haga ser interesante y a la vez explicativo para el lector. Un ejemplo sería si estamos intentado un proyecto de medicina basada en valor para cirugía de hombro, podríamos denominar nuestro proyecto como “ Unidad integrada de atención para cirugías de hombro” o la patología específica que vayamos a tratar. De esta manera solo con leer el nombre del proyecto ya cuenta con un resumen del mismo. Deja entrever que será una unidad integrada, por lo que será interdisciplinario, que es basado en valor y que se remite a una patología o tratamiento específico.

2) Fundamento: El fundamento debe describir el porqué seleccionamos dicha patología o tratamiento para llevar adelante nuestro proyecto. En definitiva es el ¿Por qué? El mismo debe contener información relevada de la literatura que apoye nuestros propios incentivos para trabajar sobre esa temática en particular, como también describir los motivos propios de la selección.

3) Objetivos: Los objetivos deben detallar que se busca específicamente con el proyecto. Los mismos pueden dividirse en:

a) Objetivos generales: Que podrían ser logrados con más de una iniciativa. Ejemplos serían, disminuir los costos, implementar la medicina basada en valor, etc

b) Objetivos específicos: Son los objetivos buscados concretamente para ese sector y esa patología. Ejemplos serían: Mejorar los resultados de la cirugía de hombro, hacer más eficiente la atención de los pacientes con patologías de hombro, evitar re cirugías, etc

3) Descripción de la unidad integrada de valor: Es sumamente importante este punto ya que a través de él debemos describir toda la cadena de atención y sus componentes tanto de recurso humano como de estudios y equipamiento. A su vez es de suma importancia definir el punto de inicio de la cadena y el de fin, ya que sin ellos, no sería posible delinear la unidad y por consiguiente el proyecto no sería consistente con lo que busca eficiencia, valor y mejor calidad de atención. (ver herramienta de Unidades integradas, y cadena de valor)

4) Métricas y frecuencia de medición: Para poder determinar si nuestro proyecto logró los objetivos deseados, es indispensable contar con información objetiva que dé cuenta de los logros. Por tal motivo hay que contar con métricas que nos permitan medir objetivamente las acciones realizadas. Las mismas pueden ser métricas internacionales, validadas que nos permitan hacer benchmark, o bien métricas propias que al menos nos permitan la comparación con nosotros mismos pero demuestran los cambios. toda métrica debe contar con los puntos definidos para las mismas como ser de donde recolectar los datos, la frecuencia de medición, etc (ver herramienta de indicadores)

5) Medición Basal: La medición basal es el estado de las métricas seleccionadas previamente a la implementación del proyecto. Estas mediciones podrían ser de utilidad para demostrar la necesidad de cambio en la atención en busca de mejores resultados. Esta medición va ser el punto de comparación para determinar el éxito o no del mismo y la necesidad de mejoras futuras.

6) Fecha de implementación: La fecha en la que se comienza con el proyecto. Es sumamente importante contar con una fecha ya que la misma es el punto de corte entre la medición basal y las mediciones posteriores, a partir de la cual se verán los cambios.

7) Fecha de implementación: La fecha en la que se comienza con el proyecto. Es sumamente importante contar con una fecha ya que la misma es el punto de corte entre la medición basal y las mediciones posteriores, a partir de la cual se verán los cambios.

8) Medición post intervención: Luego de la intervención se miden exactamente las mismas métricas que en la medición basal con el fin de demostrar los cambios beneficiosos del cambio, o para detectar cuándo debemos hacer nuevos cambios en el caso de que alguna métrica o todas ellas decaigan en la meta definida.

Esta documentación a su vez nos permite poder replicar los casos de éxito en otras áreas o condiciones.

Bibliografía:

1. Porter ME. What Is Value in Health Care? *N Engl J Med* [Internet]. 2010 Dec 23;363(26):2477–81. Available from: <https://doi.org/10.1056/NEJMp1011024>
2. van Harten WH. Turning teams and pathways into integrated practice units: Appearance characteristics and added value. *Int J Care Coord* [Internet]. 2018 Dec;21(4):113–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1177/2053434518816529>
3. Porter Michael E., Lee Thomas H. Integrated Practice Units: A Playbook for Health Care Leaders. *NEJM Catalyst* [Internet]. 2(1). Available from: <https://doi.org/10.1056/CAT.20.0237>
4. Kim CS, King E, Stein J, Robinson E, Salameh M, O’Leary KJ. Unit-based interprofessional leadership models in six US hospitals: Hospital Unit-Based Leadership Models. *J Hosp Med* [Internet]. 2014 Aug;9(8):545–50. Available from: <https://shmpublications.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jhm.2200>
5. Batalden PB, Nelson EC, Mohr JJ, Godfrey MM, Huber TP, Kosnik L, et al. Microsystems in health care: Part 5. How leaders are leading. *Jt Comm J Qual Saf* [Internet]. 2003 Jun;29(6):297–308. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14564748/>
6. Huber TP, Godfrey MM, Nelson EC, Mohr JJ, Campbell C, Batalden PB. Microsystems in health care: Part 8. Developing people and improving work life: what front-line staff told us. *Jt Comm J Qual Saf* [Internet]. 2003 Oct;29(10):512–22. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14567260/>
7. Myers JS, Tess A, Glasheen JJ, O’Malley C, Baum KD, Fisher ES, et al. The Quality and Safety Educators Academy: fulfilling an unmet need for faculty development: Fulfilling an unmet need for faculty development. *Am J Med Qual* [Internet]. 2014 Jan;29(1):5–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23585553/>
8. REdesigning SystEms to Improve Teamwork and Quality for Hospitalized Patients: RESET Project Implementation Guide [Internet]. Available from: www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/patient-safety/reset-guide.pdf
9. Kaplan R, Witkowski M, Abbott MM, Guzman A, Higgins L, Meara J, et al. Using time-driven activity-based costing to identify value improvement opportunities in healthcare. *Journal of Healthcare Management* [Internet]. 2014 Nov 1;59(6):399–412. Available from: https://journals.lww.com/jhmonline/full-text/2014/11000/Using_Time_Driven_Activity_Based_Costing_to.5.aspx
10. The Four Habits of High-Value Health Care Organizations. Available from: <https://ichom.org/files/articles/nejmp1111087.pdf>
11. Porter M, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harv Bus Rev* [Internet]. 2013 Sep 24; Available from: <https://aerodigestive.us/wp-content/uploads/2020/11/Porter-Lee-2013-The-strategy-that-will-fix-health-care-annotated.pdf>
12. Nicolaidis VC, LaPort KA, Chen TR, Tomassetti AJ, Weis EJ, Zaccaro SJ, et al. The shared leadership of teams: A meta-analysis of proximal, distal, and moderating relationships. *Leadersh Q* [Internet]. 2014 Oct;25(5):923–42. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2014-30742-001>

13. Wang D, Waldman DA, Zhang Z. A meta-analysis of shared leadership and team effectiveness. *J Appl Psychol* [Internet]. 2014 Mar;99(2):181–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24188392/>
14. Carson JB, Tesluk PE, Marrone JA. Shared leadership in teams: An investigation of antecedent conditions and performance. *Acad Manage J* [Internet]. 2007 Oct 1;50(5):1217–34. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2007-17647-018>
15. Denis JL, Langley A, Sergi V. Leadership in the plural. *Acad Manag Ann* [Internet]. 2012 Jun;6(1):211–83. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2012-18051-005>
16. van Staalduinen DJ, van den Bekerom PEA, Groeneveld SM, Stiggelbout AM, van den Akker-van Marle ME. Leading value-based health care: The role of leadership in integrated practice units. *Health Care Manage Rev* [Internet]. 2025 Jan 30;10.1097/HMR.0000000000000437. Available from: https://journals.lww.com/hcmrjournal/fulltext/9900/leading_value_based_health_care__the_role_of.81.aspx
17. Yukl GA, Becker WS. Effective empowerment in organizations. *Organ Manag J* [Internet]. 2006 Dec;3(3):210–31. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1057/omj.2006.20>
18. Morgeson FP, DeRue DS, Karam EP. Leadership in teams: A functional approach to understanding leadership structures and processes. *J Manage* [Internet]. 2010 Jan;36(1):5–39. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2010-00035-001>
19. Liu TC, Bozic KJ, Teisberg EO. Value-based Healthcare: Person-centered Measurement: Focusing on the Three C's. *Clin Orthop Relat Res* [Internet]. 2017 Feb;475(2):315–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s11999-016-5205-5>
20. Thomas H. Lee, MD, MSc & Toby Cosgrove. Six Tests for Physicians and Their Leaders for the Decade Ahead. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery* [Internet]. 2020 Jun 17;1(4). Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/CAT.19.1045>
21. de Portu PharmD MsC Marc Ferrante MD PhD Felix Fischer PhD et al. TSPDRBHMPMMNBPRTEMMP-MRAMJBPYCGMMS. Building a Value-Based Care Infrastructure in Europe: The Health Outcomes Observatory. *Nejem Catalyst* [Internet]. 2021 Jun 9;1–14. Available from: <http://dx.doi.org/10.1056/CAT.21.0146>
22. Lee TH. Putting the value framework to work. *N Engl J Med* [Internet]. 2010 [cited 2023 Apr 21]; Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/bddb54963c8573798ac648da1276393188c312fa>
23. By Susan B. Frampton, Sara Guastello, Libby Hoy, Mary Naylor, Sue Sheridan, and Michelle Johnston-Fleece. Harnessing Evidence and Experience to Change Culture: A Guiding Framework for Patient and Family Engaged Care. *NAM Perspectives* [Internet]. 2017 Jan 31; Available from: <http://dx.doi.org/10.31478/201701f>
24. England NHS. Involving people in their own health and care: Statutory guidance for clinical commissioning groups and NHS England. NHS England; Report No.: 06664.
25. Perfetto EM, Oehrlein EM, Boutin M, Reid S, Gascho E. Value to Whom? The Patient Voice in the Value Discussion. *Value Health* [Internet]. 2017 Feb;20(2):286–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2016.11.014>
26. The power of patient voice: How Health Care Organizations Empower Patients and Improve Care Delivery. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*;

27. ICHOM [Internet]. ICHOM healthcare improvement, Patient-reported outcomes. Available from: <https://www.ichom.org/>
28. Promis Health Organization [Internet]. Promis Health Organization. Available from: <https://www.promishealth.org/>
29. Hayes Management Consulting. Road Map Assessing Your Readiness for Value-based Care: 7 Key Areas to Focus On. Hayes Management Consulting;
30. Kaplan RS, Porter ME. How to solve the cost crisis in health care. Harv Bus Rev [Internet]. 2011 Sep;89(9):46–52, 54, 56–61 passim. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21939127>
31. Zhang P, Bard JF, Morrice DJ, Koenig KM. Extended open shop scheduling with resource constraints: Appointment scheduling for integrated practice units. IISE Trans [Internet]. 2019 Oct 3;51(10):1037–60. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/24725854.2018.1542544>
32. by Dorothy Leonard and Jeffrey F. Rayport. Spark Innovation Through Empathic Design [Internet]. Available from: <https://hbr.org/1997/11/spark-innovation-through-empathic-design>
33. <https://www.designcouncil.org.uk/our-resources/framework-for-innovation/> [Internet]. The framework is fundamental innovation.
34. DeGraba T, Koehlmoos TP, Madsen C, Karra A, Dinneen M. An integrated practice unit tool for the Military Health System. Am J Manag Care [Internet]. 2024 Dec [cited 2025 Apr 10];30(Spec.13):SP985–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39671312/>