

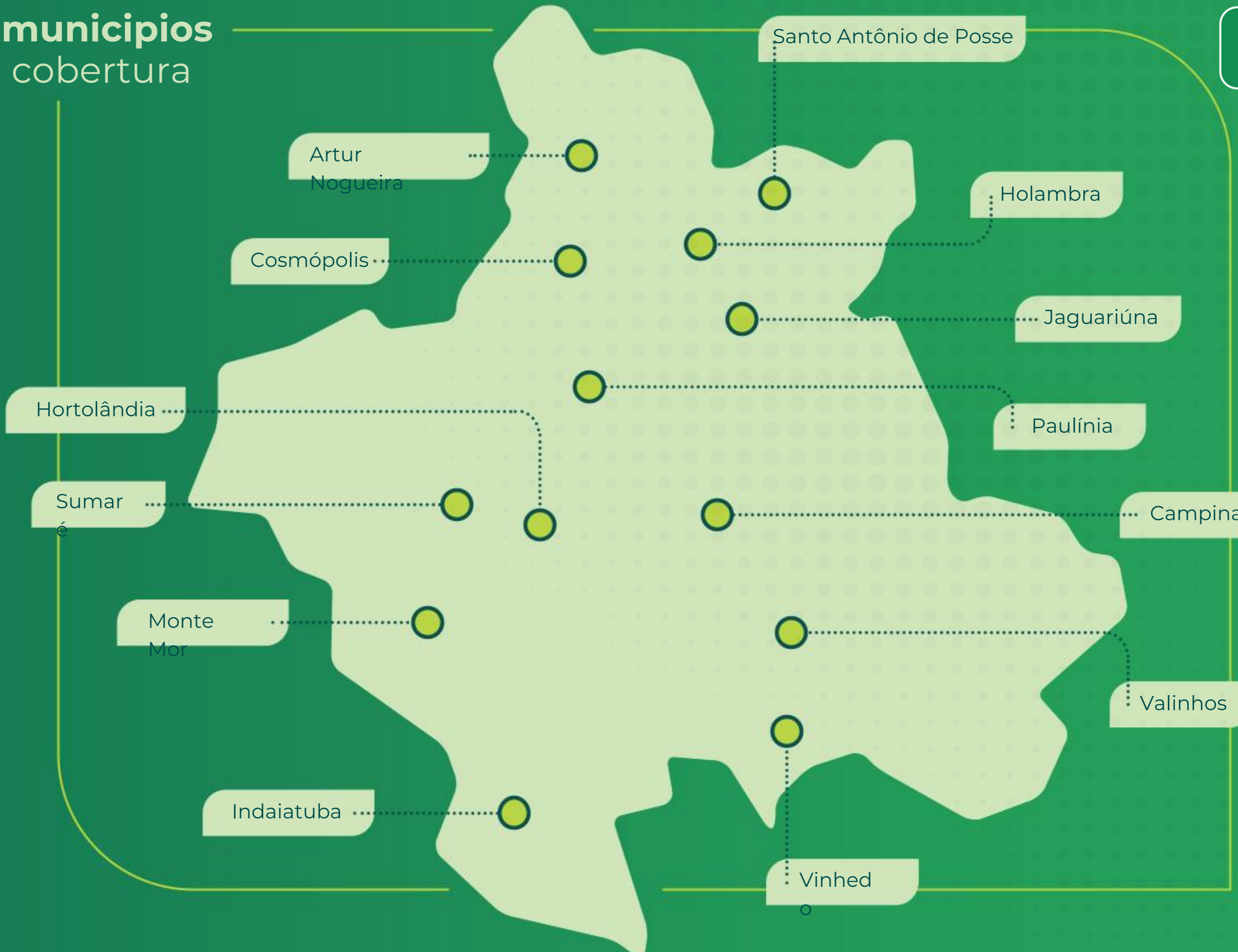
# CONTRATOS BASADOS EN VALOR Y MODELOS DE RIESGO COMPARTIDO:

## REDEFINIENDO CÓMO COMPRAN LOS SISTEMAS DE SALUD

Unimed   
Campinas



## 13 municipios de cobertura



 **2.020**  
colaboradores

 **3.621**  
médicos cooperados

 **593.378**  
beneficiarios

 **15**  
servicios propios

 **868**  
servicios y unidades de la red acreditada

 **21**  
hospitales

 **249**  
clínicas y laboratorios

 **> R\$ 4bi**  
en facturación en 2025

# ¿CÓMO SALIR DEL JUEGO DE SUMA CERO?

FEE-FOR-SERVICE EN SALUD





*Valor como juez  
del conflicto*



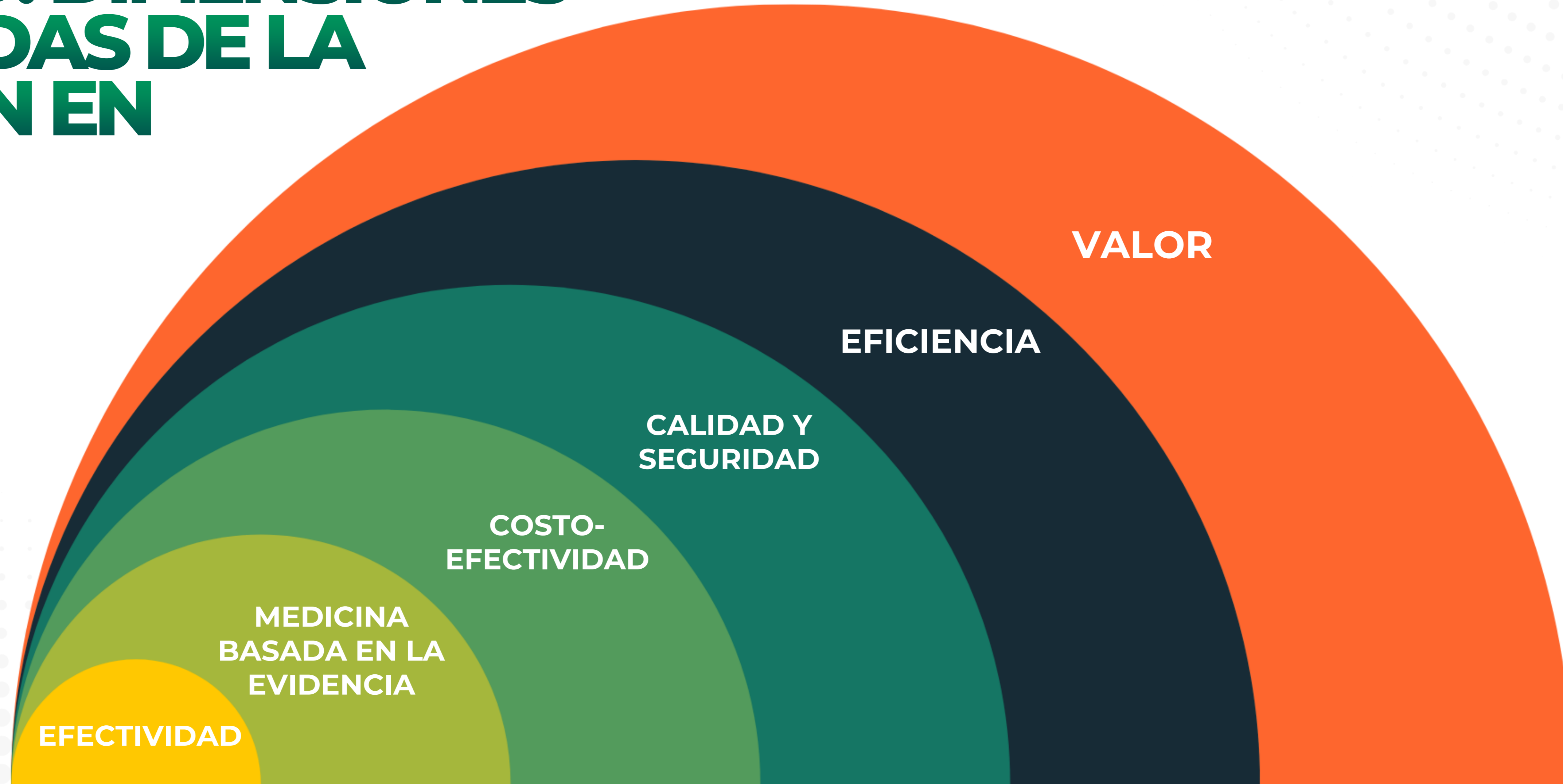
# NECESITAMOS REDISEÑAR LOS SISTEMAS DE SALUD ALREDEDOR DEL VALOR



$$\text{Valor} = \frac{\text{resultados en salud alcanzados por el paciente}}{\text{costo para alcanzar esos resultados}}$$

**El valor es el único objetivo que une los intereses de todos los participantes del sistema:** prestadores, pacientes, pagadores y proveedores.

# DE LA EFECTIVIDAD AL VALOR EN SALUD: DIMENSIONES INTEGRADAS DE LA ATENCIÓN EN SALUD



**Unimed**   
Campinas

*Makdisse M. Introducción. En: Diegoli H, Makdisse M, Magalhães P, Stefanelli J, Gray JAM. Atlas de Variación en Salud Brasil, 1.ª ed., São Paulo, Brasil, 2022.*

# EVOLUCIÓN DE LA ATENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA Y DE LA GESTIÓN DE LA CALIDAD

## CUÁDRUPLE VALOR



**Unimed**   
Campinas

European Union. Report of the Expert Panel on effective ways of investing in health (EXPH). Defining Value in "Value-Based Healthcare, 2019".

# ESCENARIO BAJO EL MODELO FEE-FOR-SERVICE



## MÉDICO

- Remuneración vinculada al volumen;
- Productividad bajo presión;
- Reconocimiento limitado del cuidado de alta calidad;
- Aumento del riesgo jurídico;
- Pérdida de autonomía clínica.



## PRESTADOR

- Incentivos perversos hacia la ineficiencia;
- Conflicto interno — clínico vs. financiero;
- Foco en facturación/generación de ingresos;
- Riesgo financiero creciente;
- Incentivos limitados para la mejora de la calidad.



## PAGADOR

- Crecimiento continuo de los costos;
- Gestión predominantemente reactiva;
- Relación conflictiva con la red prestadora;
- Baja previsibilidad financiera;
- Capacidad limitada para inducir mejoras en la calidad asistencial.

# NUESTRO PUNTO DE INFLEXIÓN

2021

## Implementación DRG + Auditoría Concurrente

Lanzamiento del DRG en Unimed Campinas e inicio de la Auditoría Concurrente.

2022

## Auditoría Concurrente

Surge dentro de una cultura de gobernanza clínica no punitiva.

2023

## Integración DRG + Auditoría

Integración de los equipos. Fomentamos:

- Madurez técnica del equipo de codificación;
- Mayor colaboración con los prestadores.

2024

## Auditoría de Calidad

Inicio de la Auditoría de Calidad — ACV e IC — y maduración de los sistemas de facturación médica y datos DRG.

★ 2025

## “DRG+Valor” emerge

En 2025, esto creó las condiciones ideales para **“cambiar la lógica del juego.”**

No se trata de “cambiar las reglas”; **se trata de fortalecer la madurez en datos y gobernanza para sostener el cambio.**

# ¿QUÉ HACE QUE EL VALOR SEA CONTRACTUALIZABLE?

El valor se vuelve contractualizable cuando la medición es estandarizada y confiable.

**ICHOM:** comprometido con la estandarización de la medición de resultados centrados en el paciente.

**MEDIR LO QUE  
IMPORTA PARA LOS  
PACIENTES**



**DATOS  
ESTANDARIZADOS Y  
CONFIABLES**



**CULTURA  
COLABORATIVA +  
INCENTIVOS  
ALINEADOS**



# CUANDO EL VALOR SE MIDE CON UN ESTÁNDAR, SE CONVIERTE EN EVIDENCIA

- **Medir resultados + coordinar el cuidado funciona:** la integración entre ICHOM y la Coordinación del Cuidado mejoró la experiencia del paciente y reveló fuentes relevantes de desperdicio en el sistema.
- **Valor clínico y eficiencia avanzan juntos:** los PROMs/PREMs mejoraron incluso entre pacientes gravemente enfermos, mientras que las hospitalizaciones prolongadas concentraron el mayor potencial de ahorro.
- **Un modelo VBHC escalable:** una estructura replicable para otros hospitales y condiciones crónicas, con foco en estratificación de riesgo, gobernanza clínica y cuidado continuo.



**ICHOM 2025**  
29 Sep - 1 Oct | The Convention Centre Dublin

**Heart Failure Care Redesign: Standardization, Outcomes, and Economic Impact Across Leading Hospitals of a Major Brazilian Health Insurance Company**  
Thiago M. Moret, Jaqueline O.R. Santos, Artur D. Martins, Keyla F.S. Camargo, Keila H.M. Alves, Christine Tolle, Janaina C.S. Brito, Andréia I. Santos, Italo S. Monteiro.  
Unimed Campinas - Brazil

**Introduction**  
Heart Failure (HF) is a major global health burden, affecting more than 23 million people worldwide and rising among the leading causes of hospital admissions and healthcare expenditures. In Brazil, the DISEASE Registry identified poor adherence to guideline-recommended therapy and high in-hospital mortality, among the highest in Western world (Albuquerque et al., 2024). Care fragmentation and inconsistent practices further limit outcomes and system efficiency to address these challenges. Implemented an ICHOM-aligned outcomes program in partnership with leading hospitals from our provider network, systematically measuring clinical outcomes, costs, and patient-reported outcomes and operational resources (PROMs and PREMs) to reduce waste and improve quality from the patient perspective.

**Methods**  
**Study Design and Context**  
We began with a diagnostic assessment of the heart failure (HF) care pathway in participating hospitals. The case care coordinator team initiated the identification and follow-up of hospitalized HF patients, developing a hospital process protocol and conducting clinical governance meetings with care teams.

**Retrospective Analysis**  
November 2024, PROMs and PREMs were collected according to the ICHOM Heart Failure Standard Set and effectiveness was assessed. The program qualified a waste reduction in PMP (PMP World Bank, 2023). The program qualified a waste reduction in PMP (PMP World Bank, 2023). All subsequent cost estimates are value practices generating disproportionate costs without proportional health outcomes.

**Costs by DRG Severity Levels**

DRG Severity Level	Total Hospitalizations	Mean cost per admission (USD)	Total cost (USD)
1	24	USD 6,023	USD 144,552
2	23	USD 5,579	USD 128,207
3	24	USD 10,554	USD 253,296
4	74	USD 28,077	USD 2,077,798

**Results**  
The average length of stay (LOS) for the 145 heart failure hospitalizations was 10.3 days, rising to 17.1 days in cases exceeding the DRG-specified stay, with an estimated financial waste of USD 1.08 million. In-hospital mortality reached 12.1%, while the 30-day readmission rate was 8.4%. Costs varied markedly by DRG severity, with level 4 showing the highest average and total expenditures (Figure 2).

**Conclusions**  
Implementing a VBHC-aligned care coordination program following the ICHOM Heart Failure Standard Set resulted in significant improvements in physical, social, and emotional health, reduced waste, and maintained high levels of patient satisfaction. Moving forward, we will sustain continuous, real-time measurement of key performance indicators, early risk stratification, outcome measurement, and management of admissions, ensuring alignment to target high-severity cases, optimize variables into routine monitoring, and expand the model to other treatment conditions with global benchmarking to drive ongoing quality improvement.

**Practical Care Management**  
Applying care to care improvement

**Identification**  
Mapping patients and relevant clinical events

**Data Collection**  
Structured recording of outcomes and indicators

**Generate Analysis**  
Turning data into clinical and economic intelligence

**REIM Catalyst** **ICHOM 2025** **Unimed**

Corresponding Author: Thiago Mendonça Moret | Email: thmoret@unimedcampinas.com.br

# LA TRAYECTORIA TRADICIONAL DE LA VBHC EN EL MUNDO



01

## Congreso ICHOM / Conferencia global

La mayor parte de los casos presentados son iniciativas lideradas por prestadores, con involucramiento posterior de los pagadores — y no al contrario.

02

## OCDE: Medir lo que importa para la VBHC

Los países con mayor madurez en VBHC presentan liderazgo precoz de los prestadores, muchas veces con financiación pública neutral o retrospectiva.

03

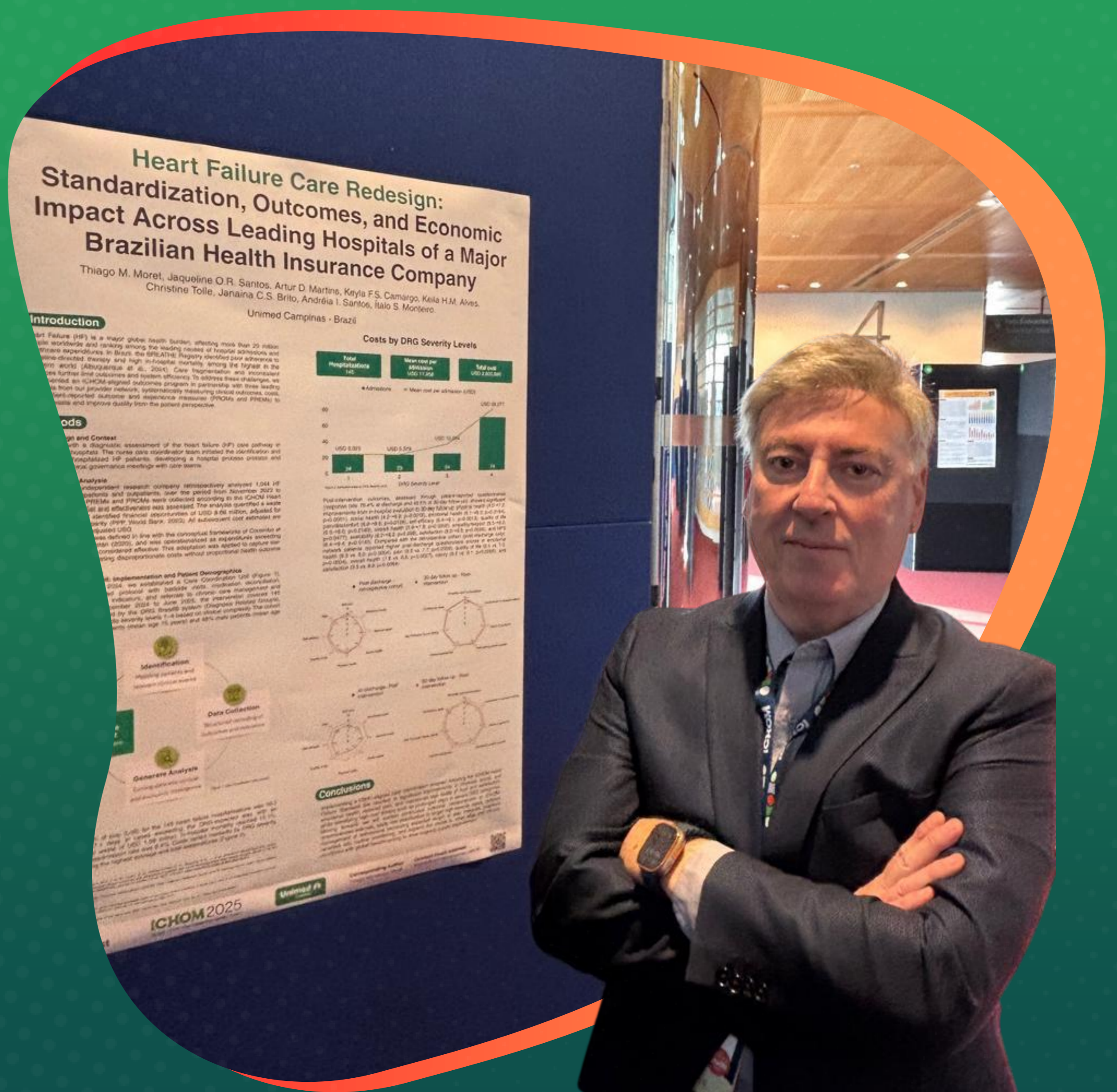
## Observatorio Europeo de Sistemas de Salud

Los pagadores raramente inician la VBHC porque:

- no controlan la prestación del cuidado;
- no cuentan con gobernanza clínica directa;
- no logran capturar resultados sin la cooperación del prestador.

# CAMBIANDO LA LÓGICA DEL JUEGO

- **Escala, datos y velocidad desde el primer día:** al iniciar desde el pagador, Unimed parte de una masa crítica, estandariza métricas y acelera el impacto sistémico de la VBHC.
- **Valor clínico y económico integrados desde el diseño:** resultados en salud — ICHOM —, complejidad de los casos — DRG — y costos se analizan en conjunto desde el inicio, aportando claridad sobre el ROI y la sostenibilidad.
- **Un nuevo rol para el pagador:** Unimed deja de apenas reaccionar a los costos y pasa a inducir activamente calidad, coordinación del cuidado y valor en toda la red, con mayor involucramiento de los prestadores.



# DRG COMO EJE ORIENTADOR DE LA SOLUCIÓN



Más que un agrupador de diagnósticos relacionados:  
**una herramienta robusta de gobernanza clínica y  
salud basada en valor**



Uso eficiente de la  
cama hospitalaria

01



Aumento de la  
seguridad asistencial

02



Reducción de  
hospitalizaciones  
evitables

03



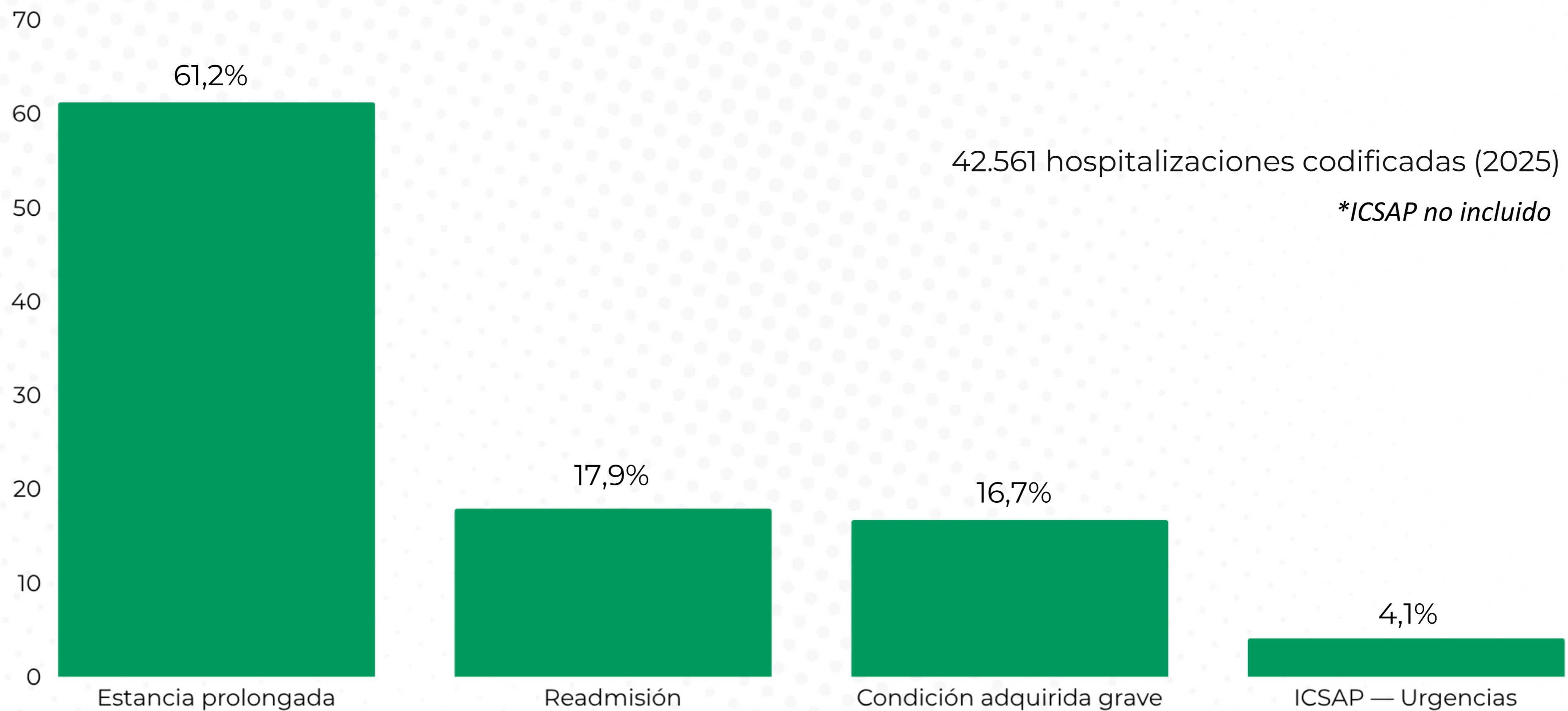
Reducción de readmisiones  
prevenibles

04

Modelo asistencial centrado en el paciente

# FOCO DE INTERVENCIÓN

Prioridades de acción: días-cama desperdiciados



# ¿POR QUÉ UN PROGRAMA DE EFICIENCIA?



## CONTEXTO

**La eficiencia asistencial es un pilar esencial para la sostenibilidad del sistema de salud.**

El modelo DRG (Diagnosis Related Groups) permite medir esta eficiencia de manera objetiva, estandarizada y comparable entre instituciones.

El principal desafío no es solo medir la eficiencia, sino **incentivar mejoras reales y sostenibles**, evitando:

- ✘ Premiar variaciones aleatorias de corto plazo;
- ✘ “Penalizar” hospitales con desempeño consistente.
- ✔ El programa fue diseñado para reconocer mejoras comprobadas, no fluctuación estadística.

# ¿POR QUÉ UN PROGRAMA DE EFICIENCIA?

## CÁLCULO DE LA PROPORCIÓN

El DRG proporciona la clasificación de eficiencia/ineficiencia de los casos. En este cálculo, no se utilizará el índice de eficiencia de la plataforma, sino la proporción entre los casos eficientes y el total de hospitalizaciones de cada prestador, con el fin de evitar sesgos generados por outliers:

$$\text{Proporción de Hospitalizaciones Eficientes (\%)} = \frac{\text{Número de altas eficientes}}{\text{Total de altas en el período}} \times 100$$

De esta manera, evitamos que apenas UNA hospitalización muy ineficiente perjudique de forma crítica a un prestador en el cumplimiento de la meta.

## POBLACIÓN ELEGIBLE

Médicos cooperados de Unimed Campinas con hospitalizaciones realizadas en hospitales de la red acreditada con codificación DRG

Hospitales de la red acreditada y el Hospital de Unimed Campinas, donde la codificación DRG está implementada

# ¿POR QUÉ UN PROGRAMA DE EFICIENCIA?



## CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Altas de pacientes de intercambio.

Estancia en hospital de día y hospitalizaciones con previsibilidad menor a 2 días, considerando que el 90% de estas altas ya eran eficientes.

Honorarios derivados de interconsulta, cirugías auxiliares y procedimientos anestésicos.

Readmisión no programada en hasta 30 días.

# “NO TODA MEJORA OBSERVADA REPRESENTA UNA MEJORA REAL”



## 01

### Variación natural

Todo hospital presenta oscilaciones naturales de desempeño entre trimestres, sin que necesariamente existan cambios en el proceso.

## 02

### Fluctuaciones esperadas

Parte de estas variaciones ocurre por factores aleatorios: perfil de los pacientes, estacionalidad y eventos puntuales.

## 03

### Mejora verdadera

La bonificación debe reconocer únicamente cuando existe una mejora clara, consistente y por encima de lo esperado por la variación normal.

# ENFOQUE METODOLÓGICO

**Un enfoque bidimensional:** el programa combina dos criterios complementarios para garantizar que solo se reconozcan mejoras reales:



**CORTO PLAZO**

Mejora reciente

*“¿El hospital mejoró en relación con el trimestre anterior?”*

**LARGO PLAZO**

Ganancia estructural

*“¿El resultado actual supera el patrón histórico del hospital?”*

Ambas condiciones deben cumplirse simultáneamente para que el hospital sea bonificado.

**“Guardrails” — Salvaguardas para un juego justo:** para garantizar que la eficiencia no se alcance en detrimento de la calidad, se establecieron criterios adicionales:



# EL TABLERO: INCENTIVOS PARA TODAS LAS PIEZAS



## MÉDICO

Bonifica la práctica eficiente; recompensa resultados; alinea eficiencia y calidad.



## PRESTADOR

Recibe una parte del valor generado; protección contra sesgos/valores atípicos; mejora comprobada; gestión activa de la estancia media.

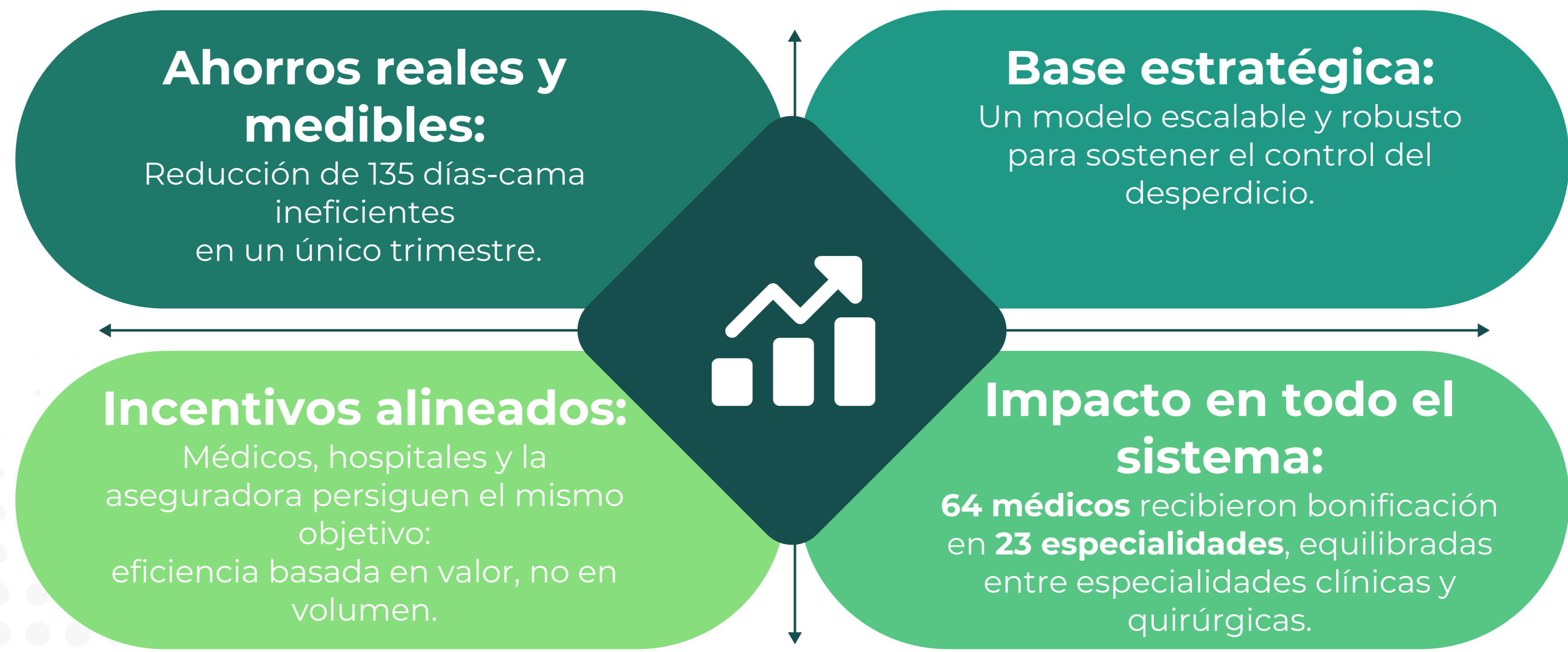


## ASEGURADORA

Captura parte de la ganancia; reduce desperdicio/siniestralidad; mejora la gestión de la red; cooperación.

# RESULTADOS INICIALES

## 1º TRIMESTRE



# RESULTADOS INICIALES

## 2º TRIMESTRE

Evolución del alcance: **mantener el incentivo vivo y reconocer la eficiencia médica** comprobada



# ¿QUÉ PODEMOS ESPERAR?

## Cómo evoluciona el modelo

- Los dispositivos dejan de ser un insumo aislado y pasan a integrarse a la línea de cuidado;
- Los contratos incorporan componentes de riesgo y de pago por desempeño.

1

## El papel de la aseguradora

- Una alianza en innovación orientada a resultados, y no solo a volumen;
- Apoyo a la capacitación técnica, el entrenamiento y la estandarización;
- Contribución a la generación de evidencia del mundo real — PROMs/PREMs.

2

## El papel de la industria en la VBHC

- Dispositivos con pago por desempeño: parte del pago vinculado a los resultados — reintervenciones, complicaciones y función;
- Riesgo compartido: la industria comparte el riesgo de falla clínica o retrabajo;
- Paquetes tecnológicos: dispositivo + soporte clínico + entrenamiento + acompañamiento;
- Recolección estructurada de resultados — ICHOM: industria apoyando la generación de evidencia del mundo real.

3

## Qué cambia para la red

- Incentivos alineados entre aseguradora, médicos, prestadores e industria;
- Adopción tecnológica más responsable y sostenible;
- La red pasa a competir por los resultados entregados, y no solo por costo o volumen.

4

# ¿ACUERDOS DE RIESGO COMPARTIDO — RSA?

Mecanismos innovadores de pago que vinculan la financiación de tecnologías médicas de alto costo con los resultados clínicos alcanzados.

## OBJETIVOS

- Mitigar incertidumbres clínicas y financieras;
- Promover decisiones más sostenibles de fijación de precios y reembolso;
- Alinear incentivos entre pagadores y fabricantes;
- Garantizar acceso a tecnologías innovadoras con control de costos.

## TIPO DE RIESGOS

- **Financiero:** impacto presupuestario mayor al esperado;
- **Clínico:** complicaciones o eventos adversos;
- **Operacional:** sobrecarga de procesos y aumento de los costos transaccionales.

# ELEMENTOS CLAVE PARA EL DISEÑO DE SERVICIOS DE SALUD — RSA / BASE DE PAGO:

- **Modelo de fijación de precios:** combinación de reglas para la base de pago, criterios de acceso y control del riesgo.

- **Métricas de desempeño:** indicadores como supervivencia, mortalidad y reintervenciones quirúrgicas.

- **Criterios de acceso:** reglas para el ingreso del paciente al programa, con base en evidencia y recomendaciones.

- **Horizonte temporal:** período para capturar beneficios y adaptación a las innovaciones tecnológicas.

- **Gobernanza institucional:** adherencia a las directrices del programa y monitoreo continuo.

## BENEFICIOS

Reducción de la variabilidad en los resultados y en los costos

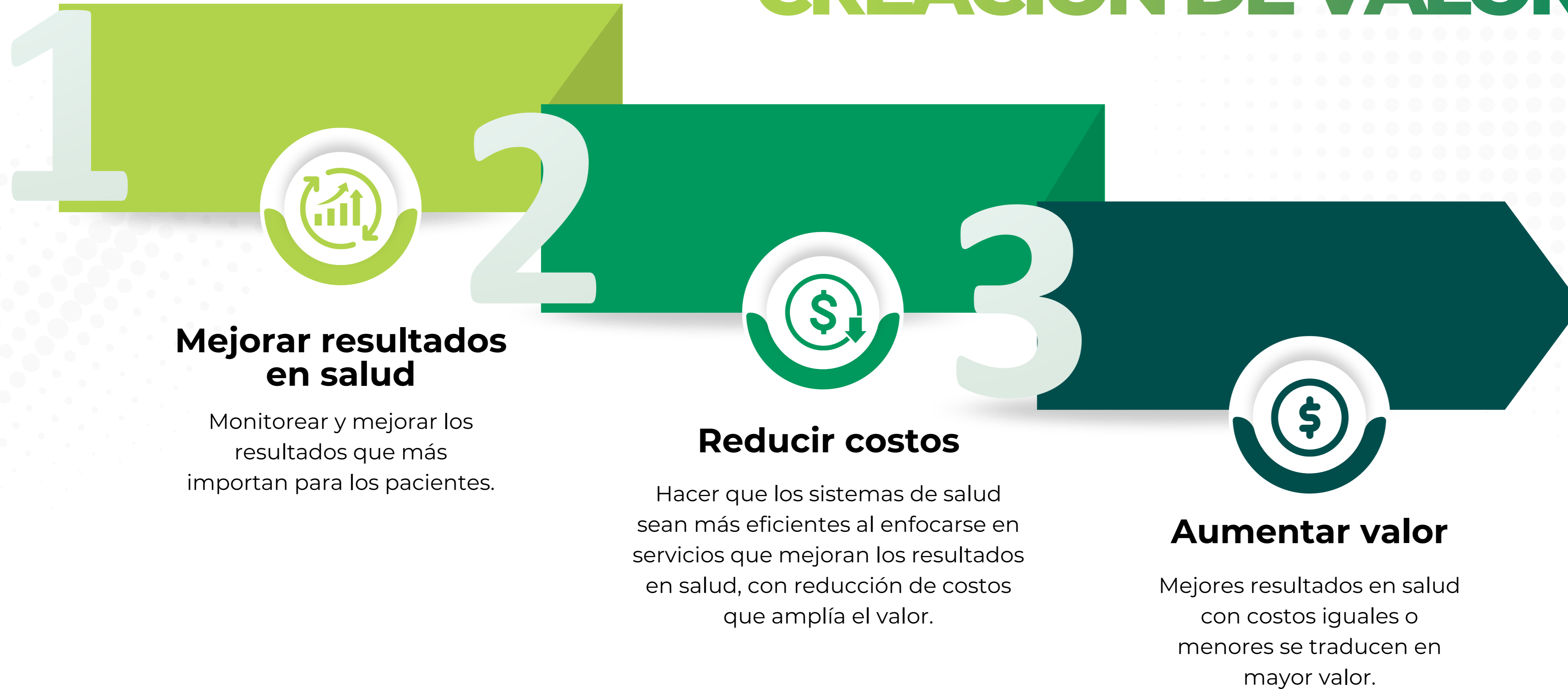
Reducción de la variabilidad en los resultados y en los costos

Reducción de la variabilidad en los resultados y en los costos

**PROGRAMA DE  
PROTECCIÓN DE  
RESULTADOS — OPP**

**RIESGO COMPARTIDO**

# ENFOCARSE PRIMERO EN LOS RESULTADOS EN SALUD Y LUEGO EN LOS COSTOS CONDUCE A LA CREACION DE VALOR



# RESUMEN EJECUTIVO

## Los Programas de Protección de Resultados — OPP — son fundamentales para:

- Mejorar la experiencia del paciente en el cuidado.
- Mejorar la salud de las poblaciones.
- Reducir la incertidumbre sobre el costo per cápita de la atención en salud.
- Reducir el agotamiento de los profesionales clínicos y los equipos.

El OPP constituye una propuesta de valor significativa y diferenciada, que puede abrir puertas y actuar como un punto de inflexión en las negociaciones con clientes actuales y potenciales, fortaleciendo la confianza y ampliando las alianzas con cuentas clave.

# LÍNEA DE TIEMPO DE LA ALIANZA ENTRE UNIMED CAMPINAS Y LA INDUSTRIA



2016

## Inicio de la alianza: cirugía y torres de video

Primer contrato firmado, concediendo estatus de proveedor preferencial para el portafolio de cirugía, además de la entrega de torres de video a los hospitales de la red.

2019

## Renovación y expansión de la base instalada

Renovación del contrato inicial por 2 años adicionales, manteniendo el estatus de proveedor preferencial en cirugía, incluyendo la entrega de nuevas torres de video al hospital.

2021

## Expansión del portafolio: inclusión de líneas de alta complejidad

Expansión de la alianza, con renovación contractual e inclusión de las líneas de neuromodulación, salud pélvica y corazón estructural — TAVI —, además de cirugía bajo el modelo de proveedor preferencial. También se incluyeron líneas adicionales como CRM, CAS y coronaria intervencionista como ofertas complementarias, sin estatus preferencial, pero con la previsibilidad necesaria.

2024

## Renovación del alcance completo: nuevas líneas + riesgo compartido + apoyo al centro de ACV

Renovación más reciente, manteniendo toda la estructura anterior y adicionando diabetes, cráneo y columna, diagnósticos y servicios, APV y neurovascular al contrato de 2024.

El acuerdo también mantuvo la entrega de torres de video al hospital, en comodato, incluye riesgo compartido y agregó soporte de consultoría para el centro de ACV.

# CIFRAS DE LA ALIANZA — VOLUMEN CONTRATADO

El contrato actual de Unimed Campinas con la industria de dispositivos médicos incluye:

- **R\$ 85 millones facturados** a lo largo de 36 meses para Unimed Campinas;
- Más de **3.000 SKUs aprobados**;
- Inversión de **R\$ 1 millón en torres de video** en nuestro hospital.

Actualmente, el volumen de compras con la industria de dispositivos médicos representa el **18,8%** de todas las adquisiciones de dispositivos/materiales médicos implantables y especiales de Unimed Campinas: aproximadamente **R\$ 29 millones por año**, sobre un gasto total de **R\$ 154 millones**.

# RIESGO COMPARTIDO EN LA RELACIÓN ENTRE UNIMED CAMPINAS Y LA INDUSTRIA DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

- La industria de dispositivos médicos es la única aliada de la industria que propuso un modelo de riesgo compartido con nosotros, incluyendo empresas farmacéuticas.
  - Los programas son monitoreados por el equipo técnico del área de Supply Chain — enfermería + analistas de BI —, que consolida los datos anualmente y los reporta a la industria de dispositivos médicos.
  - La contratación de un programa de riesgo compartido demuestra la madurez de la relación entre Unimed y la industria de dispositivos médicos.
  - Además del área técnica de Supply Chain — que gestiona la relación comercial y la gobernanza contractual con la industria de dispositivos médicos —, Unimed Campinas también cuenta con un equipo científico que revisa la literatura, publica estudios científicos y acompaña a los pacientes de Unimed a lo largo del tiempo, incluyendo la evaluación de la efectividad del uso de los dispositivos médicos en el mundo real.
-

# FORTALEZAS DE LA ALIANZA

- **Previsibilidad de la demanda**, respaldada por un análisis de gastos bien estructurado y por insights detallados de consumo, permitiendo una mejor planificación para la industria de dispositivos médicos;
- **Proceso de facturación fluido**, con plazo promedio de pago de 43 días y SLA de 5 días para la aprobación de facturas;
- **Relación de confianza y alianza** entre los stakeholders;
- **Supervisión de compliance** de ambas empresas, apoyando la relación;
- **Discusiones centralizadas en la industria de dispositivos médicos**, coordinadas por el área de Market Access / Market Relations;
- **Toma de decisiones centralizada en la industria**, con visión amplia del portafolio, en lugar de decisiones aisladas caso a caso;
- **Datos robustos de Unimed Campinas**, permitiendo un involucramiento amplio y efectivo de la industria;
- **Strategic sourcing** bien estructurado en Unimed Campinas, creando oportunidades de negocio para ambas empresas;
- **Trade-offs mutuos y justos**, especialmente en la relación precio-volumen.

# CIFRAS DE LA ALIANZA

## UNIDADES DE NEGOCIO REGISTRADAS EN UNIMED

El contrato actual de Unimed con la **industria de dispositivos médicos incluye 11 unidades de negocio**, conforme se detalla a continuación:

Diabetes
CRM — Gestión del Ritmo Cardíaco
CAS — Soluciones en Ablación Cardíaca
Diagnóstico y Servicios — Monitor de Looper
Coronaria Intervencionista — stent / balón
Neuromodulación
Neurovascular
Salud Pélvica — generador
APV — Aórtica, Periférica y Endovenosa — endoprótesis / stent vascular
Corazón Estructural — TAVI
Cirugía — bariátrica / suturas / energía

Además, **existen otras unidades de negocio** ya aprobadas en Unimed, fuera del contrato principal, y mapeadas para ser incluidas en el próximo contrato:

GIH — Gastrointestinal — antena de microondas / aguja de radiofrecuencia
Endoscopia — cápsula endoscópica
Trauma
Tecnologías Craneales y Espinales — Craneal = Neurocirugía

# PROGRAMAS INCLUIDOS EN EL CONTRATO CON UNIMED CAMPINAS

## TOTALMENTE APROBADOS

1	2	3	4	5	6
<b>ONYX DES</b>	<b>IN.PACT DCB</b>	<b>ENDURANT II AAA</b>	<b>Adaptiv CRT</b>	<b>SmartShock</b>	<b>TAVI + Marcapasos</b>
<p>DES Resolute ONYX en todos los tamaños de vasos.</p> <p>Restenosis después de 30 a 365 días.</p> <p><b>Garantía de resultados.</b></p>	<p>Evidencia clínica incomparable, demostrando resultados superiores para tratar la EAP.</p> <p>1 de cada 4 pacientes tratados por EAP necesitará reintervención en 1 año.</p> <p><b>Garantía de resultados.</b></p>	<p>Datos clínicos robustos para EVAR.</p> <p>Garantía de 2 años para los dispositivos AAA necesarios en caso de reintervención.</p> <p><b>Tope de US\$ 25.000 por 2 años.</b></p>	<p>Reducción del 59% de los eventos de pacientes en una readmisión por insuficiencia cardíaca en 30 días con AdaptivCRT™.</p> <p>Hospitalización por insuficiencia cardíaca — readmisión — en hasta 90 días, con <b>reembolso de US\$ 2.000</b> al hospital/aseguradora.</p> <p><b>Tope de US\$ 25.000 por año.</b></p>	<p>El 6,4% de los pacientes tendrá una descarga no relacionada con TV/FV en el primer año del implante de DAI. La tecnología SmartShock tiene la menor tasa de descargas.</p> <p>Si un paciente recibe una descarga inapropiada, la industria de dispositivos médicos ofrece un <b>reembolso de US\$ 2.000 por año.</b></p> <p><b>Tope de US\$ 25.000 por año.</b></p>	<p>Si se realiza la técnica de superposición de cúspides, el implante de TAVI debe presentar menos del 10% de nuevas tasas de marcapasos antes del alta.</p> <p><b>La industria de dispositivos médicos proporciona el marcapasos, si es necesario — día 1 a 30.</b></p> <p><b>Tope de US\$ 20.000 por año.</b></p>

# CENTRO DE ACV

**Servicio de Valor Agregado — VAS**



Incluido en la última renovación contractual, con el objetivo de preparar a un prestador de Unimed Campinas y posicionarlo como un centro de referencia.

# LÍNEA DE CUIDADO CENTRO DE ACV



## ACV: una condición clínica y económica de alto impacto

- Costo del evento agudo;
- Costo de la discapacidad de mediano y largo plazo;
- Impacto en la funcionalidad y en la calidad de vida del paciente.

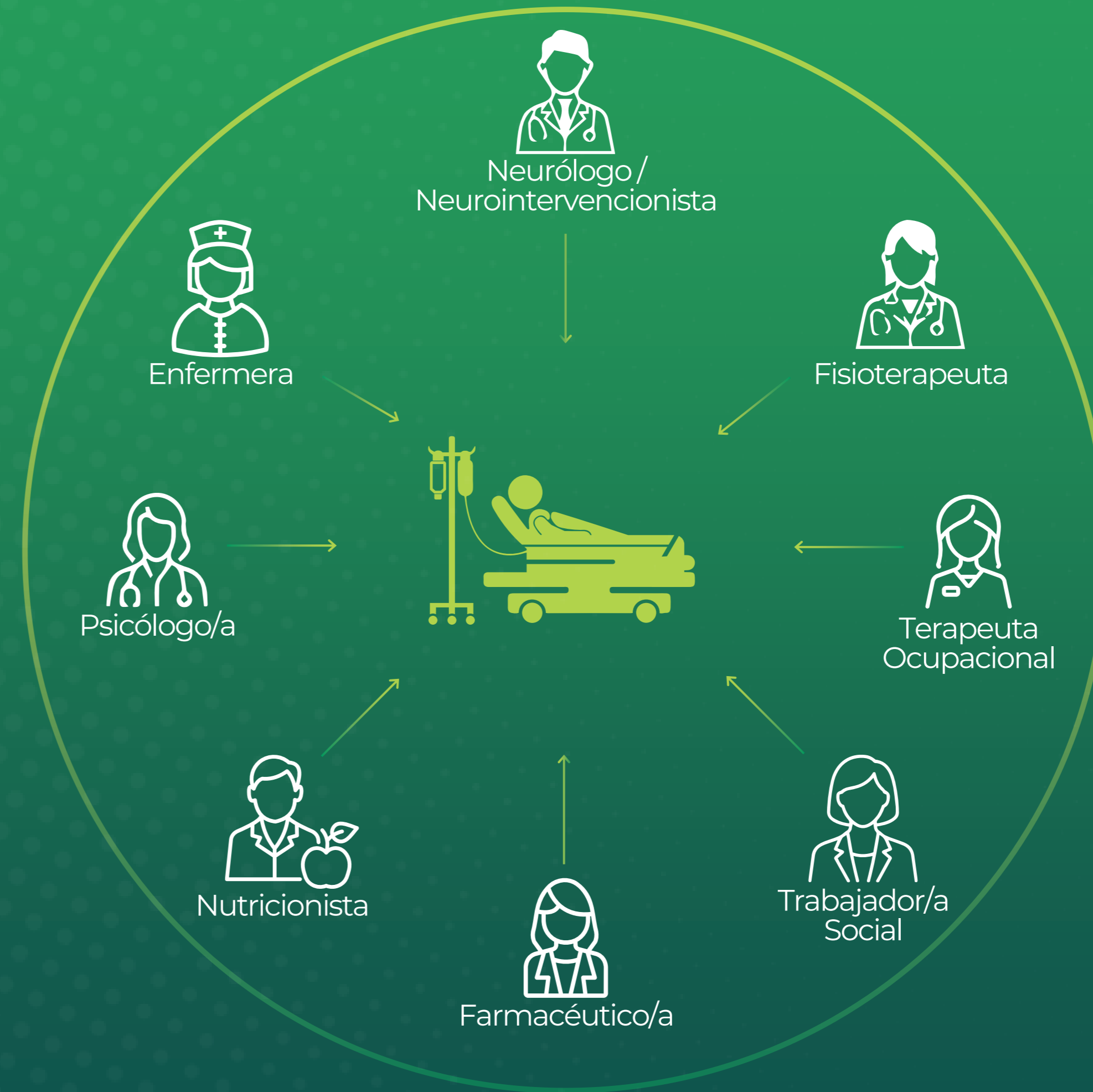


## Centro de ACV: organización/estandarización del cuidado y monitoreo de resultados

- Mejores resultados en salud;
- Cuidado basado en valor;
- Foco en el paciente y sostenibilidad del sistema de salud.

# LÍNEA DE CUIDADO

## CENTRO DE ACV



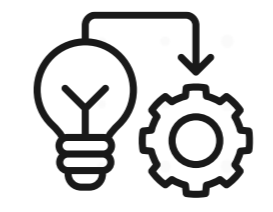
# LÍNEA DE CUIDADO — RED DE ACV

## VISION GENERAL DEL PROYECTO



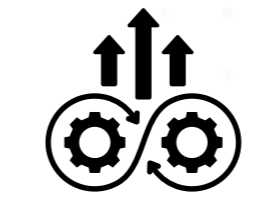
### Evaluación y Plan de Acción

- Diagnóstico / evaluación;
- Acciones propuestas.



### Diseño, entrenamiento e implementación

- Desarrollo;
- Entrenamiento / capacitación;
- Implementación del programa;
- Ejecución práctica — hands-on.



### Mejora continua y monitoreo

- Monitoreo y seguimiento de los resultados;
- Presentación de los resultados;
- Refinamiento del programa.



### Economía de la salud y evaluación del programa

- Medidas de ahorro / costos en salud;
- Evaluación del programa.



### Sostenibilidad

- Mantenimiento continuo y mejora del programa.

# UNA SOLUCIÓN INTEGRADA Y CENTRADA EN EL PACIENTE



Enfoque en el hospital







**LinkedIn**

[jbueno@unimedcampinas.com.br](mailto:jbueno@unimedcampinas.com.br)

+55 19 99601-8742