



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO  
FACULTAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES  
DEPARTAMENTO DE GESTIÓN EMPRESARIAL  
PROGRAMA ESPECIAL DE CONTINUIDAD DE ESTUDIOS

## **PLAN INTERVENCIÓN INTEGRAL PARA USUARIOS CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR DEL CENTRO DE SALUD FAMILIAR VIOLETA PARRA DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE**

MEMORIA PARA OPTAR AL TITULO DE INGENIERO DE EJECUCION EN ADMINISTRACION DE EMPRESAS

**AUTORA : HERNÁNDEZ POBLETE PRISCILA**

**Profesora Guía :** Leyton Pavez Carolina

**Miembros Comisión Evaluadora:**

Marianela Moraga Navarrete  
Paz Arias Muñoz  
Carlos Sepúlveda Duran

Chillán, Diciembre 2014

## TABLA DE CONTENIDOS

	<b>Página</b>
<b>CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN</b>	
1.1. Antecedentes Generales	4
1.2. Justificación de la Investigación	5
1.3. Planteamiento del Problema	6
1.4. Objetivo de la Investigación	7
1.4.1. Objetivo General	7
1.4.2. Objetivos Específicos	7
<b>CAPITULO II: MARCO TEORICO</b>	
2.1. Sistema de Salud Público en Chile	8
2.1.1. Principales Agentes del Sistema y sus Funciones	10
2.1.1.2. Ministerio de Salud	11
2.1.1.2.1. Establecimientos Hospitalarios	12
2.1.1.2.2. Establecimientos en Salud Primaria de Salud	13
2.2. Centro de Salud Familiar Violeta Parra	13
2.2.1. Reseña Histórica Cesfam Violeta Parra	14
2.2.2. Lineamientos Estratégicos Cesfam Violeta Parra	15
2.3. Modelo de Atención en Salud	18
2.3.1. Modelo de Salud Familiar	18
2.3.1.2. Modelo de Atención Integral de Salud	19
2.3.1.3. Principios Modelo de Salud Integral	19
2.3.1.4. Integralidad de la Atención en Salud	20
2.3.1.5. Garantías Explícitas en Salud	21
2.4. El Accidente Cerebro Vascular	21
2.4.1. Factores de Riesgo Accidente Cerebro Vascular	22
2.5. La Estrategia en Salud	24
2.5.1. Estrategia Nacional de Salud	24
2.5.2. Objetivos Sanitarios 2011-2020	25
2.5.3. Planificación en Salud	26
2.5.4. La Planificación como Función Clave de la Gestión Pública	27
2.5.5. Dirección Estratégica	29
2.6. Gestión en Salud	30
2.6.1. Factores de Existencia en Salud	31

### **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

3.1 Tipo de Investigación	32
3.1.1 Investigación Descriptiva	32
3.2. Recolección de Datos	33
3.3. Instrumentos de Evaluación	34
3.4. Análisis de datos de la Información	35
3.5. Tratamiento de la Información	35

### **CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS**

4.1. Análisis estadístico de datos	34
4.2. Análisis Casos ACV en Ñuble.	34
4.2.1. Análisis de Casos de ACV de pacientes pertenecientes al Cesfam Violeta Parra.	36
4.2.2. Número de pacientes con ACV según sexo del Cesfam Violeta Parra	37
4.2.3. Análisis de Factores de Riesgos Asociados.	37
4.2.4. Número de pacientes con ACV según rango de edad del Cesfam Violeta Parra	37
4.2.5. Análisis de Prevalencia en Cesfam Violeta Parra.	38
4.3. Entrevistas a Expertos.	40
4.3.1. Identificación de Estrategias.	42
4.3.2. Intervención Seguimiento y Tratamiento.	42
4.3.3. Canasta de Prestaciones para paciente post ACV en Cesfam Violeta Parra	45
4.3.4. Indicador como elemento de medición.	46
4.3.5. Flujograma Plan de Intervención Integral	47

<b>CONCLUSIONES</b>	54
<b>RECOMENDACIONES</b>	55
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	56
<b>ANEXOS</b>	

## CAPITULO I: INTRODUCCION

Las enfermedades cardiovasculares, las isquémicas del corazón y cerebrovasculares son la principal causa de muerte en Chile y segunda en la Provincia de Ñuble, donde sólo en el año 2013 1.274 personas ingresaron a la Unidad de Emergencia del establecimiento de salud con un total de 105 fallecidos.

La Encuesta Nacional de Salud de Salud (ENS) <sup>1</sup> entrega datos sobre la prevalencia del ACV en Chile la cual fue de un 2.2 % en la población general y un 8 % en mayores de 65 años sin diferencias significativas en sexo, proyectando esta cifra a la población chilena actual hay 363.000 personas que han presentado un ACV, la mayoría de 65 años a nivel nacional.

De acuerdo a un diagnóstico elaborado por la Dirección del Servicio de Salud Ñuble, la provincia, compuesta por 21 comunas, presenta dentro de sus principales características epidemiológicas alta prevalencia e incidencia de enfermedades cardiovasculares, metabólicas, digestivas y respiratorias.

### 1.1 Antecedentes Generales.

En respuesta a la transición epidemiológica acelerada observada en Chile que se caracteriza por un incremento absoluto y relativo de la población adulta y de los mayores de 65 años, y el aumento en la prevalencia de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo, se han desarrollado programas de prevención y control para estas patologías en la atención primaria de salud. Entre otros, se destaca el Programa Salud Cardiovascular (PSCV), con más de un millón y medio de personas con diabetes, hipertensión, dislipidemia o tabaquismo en control. El PSCV, a cargo de un equipo de salud multidisciplinario (médico general, enfermera y nutricionista, entre otros), utiliza un enfoque terapéutico basado en el

---

<sup>1</sup>MINSAL (ENS 2009 ) estudio de demanda necesario para la estimación de costos); MINSAL. Estudio costo-efectividad de intervenciones en salud. MINSAL (2010).

nivel de riesgo cardiovascular absoluto, cuyo objetivo es mejorar la eficiencia en el uso de los recursos y su efectividad.

Según la Organización Mundial de Salud (2011), el riesgo de sufrir un ACV aumenta notablemente cuando una persona hipertensa no controla su presión, sin embargo, el ACV puede prevenirse al reducir los factores de riesgo, la mayoría de los cuales pueden ser modificados, tratados o controlados. Cuantos más factores de riesgo tiene una persona, más probabilidades tiene de sufrir un ACV

No obstante es primordial el desarrollo constante de estrategias locales para la prevención, promoción y acciones curativas para los pacientes con factores de riesgos además de aquellos que han sufrido un accidente cerebrovascular - ACV, estableciendo planes y flujos eficientes para dar seguimiento y continuidad en la atención a aquellos pacientes.

## **1.2. Justificación de la Investigación.**

El ACV es un importante problema de salud pública en Chile, genera una significativa carga de enfermedad por años de vida saludable perdidos por discapacidad y muerte prematura. Es la causa más frecuente de enfermedad cerebro vascular en Chile que representa aproximadamente un 65% de todos los eventos cerebrovasculares (MINSAL)<sup>2</sup>.

Frecuentemente origina importantes secuelas funcionales. (Factores de riesgo), y secundaria (diagnóstico y tratamiento), que permitan disminuir su incidencia principalmente en la población con mayor predisposición (Guía Clínica ACV, MINSAL 2010).

La mortalidad al mes después de un primer infarto cerebral es de 19% y la mortalidad a los 6 meses de 28%. El 18% de las personas quedan con una dependencia moderada o severa a los 6 meses después de un infarto cerebral.

---

<sup>2</sup> Minsal 2007 Informe final estudio carga de enfermedad y carga atribuible , Chile 2007 ,disponible en <http://epi.minsal.cl>

En la provincia de Ñuble el 30% de casos de ACV agudos es en personas mayores de 80 años, lo que preocupa bastante ya que estas personas en su gran mayoría, no cuentan con recursos para adaptar su vida y rutina diaria a una incapacidad física, teniendo que adaptar su diario vivir a una dependencia parcial o total de otras personas.

Según estudio realizado por la Unidad del Epidemiología de la región del Biobío señala que La tasa regional de mortalidad por ECV, es más alta que la nacional y dentro de la región es la provincia de Ñuble que supera a las demás provincias.

Además señala que de las 10 comunas con las más altas tasas de mortalidad por ACV, 4 corresponden a la provincia de Ñuble.

El propósito es establecer un plan de intervención integral (motora, cognitiva y emocional) que permita independencia funcional e integración familiar, social y laboral, de acuerdo a sus capacidades remanentes, utilizar el máximo provecho del recurso humano especializado, en el cual el paciente debe ser evaluado y manejado durante su atención post hospitalaria, por un equipo interdisciplinario orientado a la rehabilitación, formado por médico, enfermera, nutricionista, kinesiólogo, psicólogo y asistente social, en conjunto con el paciente y su familiar o cuidador, de acuerdo a sus necesidades.

### **1.3. Planteamiento del Problema.**

Los casos locales registrados por la red asistencial ubican a Ñuble como una de las zonas con más alta incidencia a nivel nacional, situación que es mirado con especial atención desde las esferas del sistema de salud pública de la provincia.

Según datos al año 2010 ofrecidos por el Servicio de Salud Ñuble que sirven para diagnosticar la situación actual, la tasa país de personas afectadas con ataques cerebrovasculares registra una incidencia de 52 casos por cada 100.000 habitantes, cifra que

es superada en 10 unidades (62 x 100.000 habitantes) a escala regional; mientras que los números de nuestra provincia se disparan hasta los 73 casos por cada 100.000 habitantes.

La presente investigación busca determinar y analizar la prevalencia e incidencia del ACV en el Centro de salud Familiar - Cefsam Violeta Parra con la finalidad de identificar a estos pacientes y realizar intervenciones para mejorar su calidad de vida.

Se busca con esta investigación analizar la evolución de pacientes que han sufrido AVC en la provincia de Ñuble y en el Cefsam Violeta Parra, las secuelas y limitaciones que provoca en su vida cotidiana buscando realizar un diagnóstico situacional de casos y población con ACV y sus factores de riesgo en el Cefsam Violeta Parra durante el periodo del 2009-2013 y con ello identificar las estrategias de educación, cuidado, intervención y tratamiento efectivas para elaborar un plan de intervención integral para pacientes con ACV perteneciente al Centro de Salud Familiar – CESFAM Violeta Parra de la Provincia de Ñuble.

Con estrategias poblacionales exitosas, pequeños cambios pueden resultar en mejoras.

#### **1.4. Objetivos de la Investigación**

La presente investigación ha definido los siguientes objetivos:

##### **1.4.2. Objetivo General**

Elaborar un Plan de Intervención Integral para usuarios con Accidente Cerebrovascular, para el Centro de Salud Familiar Violeta Parra de la provincia de Ñuble.

##### **1.4.2. Objetivos Específicos**

Para lograr el objetivo general se han definir los siguientes tres objetivos específicos:

1. Realizar un diagnóstico situacional de casos de Accidente Cerebrovascular y factores de riesgo en Chile y en la provincia de Ñuble.
2. Caracterizar la población con Accidente cerebro vascular en el Cesfam Violeta Parra durante el periodo del 2009-2013.
3. Identificar estrategias efectivas de educación, cuidado y tratamiento para los usuarios con Accidente Cardiovascular.

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

Se desarrolla un marco teórico comprensivo sobre el sistema nacional de salud chileno, a partir de una perspectiva sistémica. Se plantean las características del Accidente Cerebro Vascular y las estrategias de salud.

### **2.1. Sistema de Salud Público en Chile**

En 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el sistema nacional de salud chileno (Ministerio de Salud – MINSAL, 2010), se encuentra integrado por instituciones, organismos y entidades tanto públicas como privadas, constituyendo un sistema mixto de salud.

El subsistema público es normado y dirigido por el MINSAL, y es responsable de fomentar la protección de la Salud para todos los chilenos beneficiarios de la Ley 18.469, este grupo está compuesto por trabajadores activos, ya sea dependientes o independientes que cotizan en el fondo nacional de salud - FONASA incluyendo sus cargas familiares y además incluye a personas indigentes o carentes de recursos no cotizantes. Todos los cotizantes del sistema público pueden optar por atenderse en los establecimientos del sistema nacional de servicios de salud o bien acudir a los centros de salud privada (ISAPRES) que están adscritos a FONASA, excepto las personas indigentes que solo tienen atención gratuita en los centros de salud públicos.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud, está compuesto por 32 organismos entre ellos se encuentra el Servicio de Salud Ñuble y el Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio, a estos le corresponde ejecutar las acciones de salud.

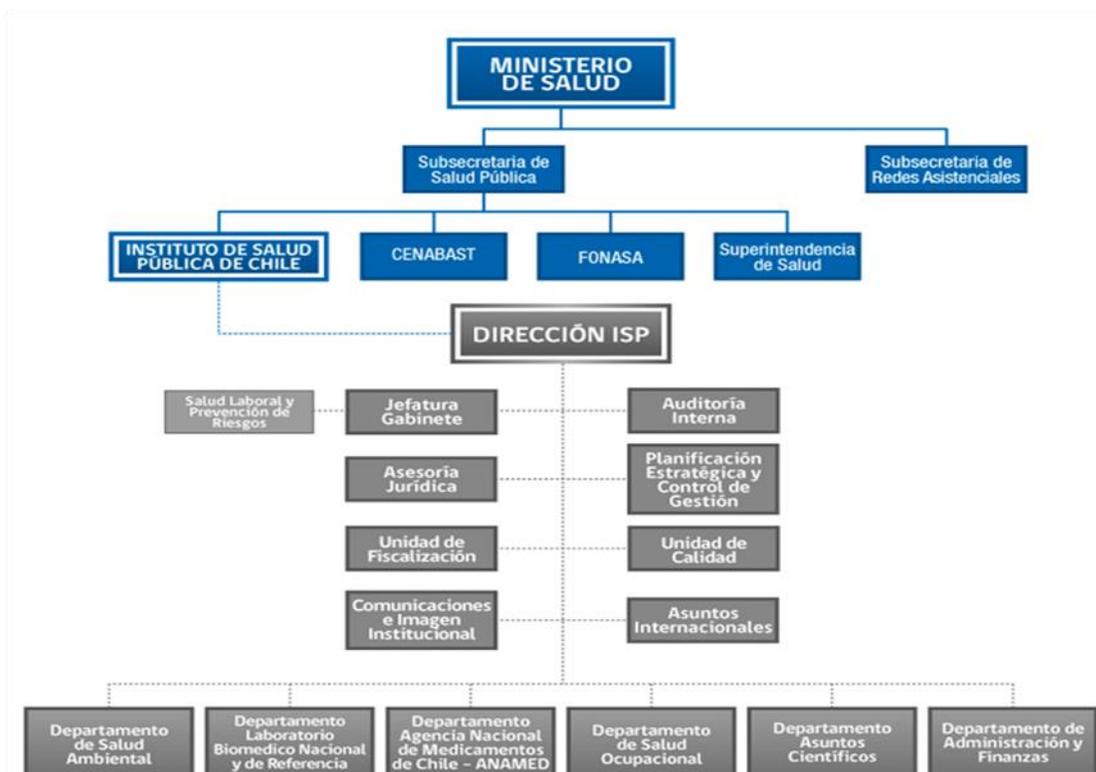
A nivel de cada región el MINSAL está representado por las secretarías regionales ministeriales de salud, responsables de ejercer las mismas funciones que el ministerio en el

ámbito de la región, y los servicios de salud que son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección, recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del código sanitario establecido en la Ley N° 19.937 de fecha 24.02.94, en las materias que les compete.

Estas entidades son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de las referidas acciones. Están estructurados internamente en una dirección de servicio a la que le corresponde la supervisión, coordinación y control de todos los establecimientos y dependencias. La red asistencial de los servicios está constituida por hospitales, consultorios generales urbanos y rurales, postas rurales de salud, estaciones médico rurales, centros comunitarios de salud familiar - CECOF y servicios de atención pública de urgencia- SAPU.

Para llevar a cabo su tarea, cada Servicio de Salud es responsable de coordinar y supervisar a hospitales de distintos niveles de complejidad y centros de atención abierta, pudiendo establecer contratos con proveedores privados para servir a ciertas zonas o para tipos específicos de prestaciones. La atención de salud primaria está a cargo de Centros de Atención Primaria, actualmente conocidos como Centro de Salud Familiar – CESFAM.

Figura N°1: Sistema Funcional de Salud Chileno



Fuente: ISP (2014)

### 2.1.1. Principales Agentes del Sistema y sus Funciones

Como ya se mencionó en el marco teórico de esta investigación, el sistema de salud actúa a través de agentes y sus funciones son las siguientes:

#### 2.1.1.1. Fondo Nacional de Salud

Es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan los 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Sus funciones principales son: recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del sector salud; financiar las prestaciones de salud otorgadas a sus beneficiarios; identificar a los asegurados e informarles adecuadamente sobre sus derechos; conocer y resolver reclamos; fiscalizar las cotizaciones de salud y los recursos destinados a prestaciones. Da

cobertura de salud a más de 12,7 millones de beneficiarios/as, sin exclusión de edad, sexo, nivel de ingreso, nº de cargas familiares ni enfermedades preexistentes. Posee cobertura nacional a través de su casa matriz y sus cuatro direcciones zonales: Norte, Centro Norte, Centro Sur y Sur. Su personal está compuesto principalmente por mujeres (67%) (Minsal, 2011).

### **2.1.1.2. Ministerio de Salud**

Dentro de las principales funciones, le corresponde:

- Formular y fijar, de acuerdo con las directivas que señale el Supremo Gobierno, las políticas de salud y dictar las normas y planes generales para el sistema. En el marco de las funciones le corresponde dirigir y orientar todas las actividades del Estado relativas al sistema, en conformidad con las políticas fijadas, además de:
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del sistema para ejecutar actividades de promoción o fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- Formular los planes y programas generales del sistema, en concordancia con la política general del Gobierno.
- Coordinar y controlar la actividad de los organismos del sistema y propender, en la forma autorizada por la ley, al desarrollo de las actividades de salud por organismos y personas que no integran ese sistema.
- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, planes y normas de salud.
- Relacionarse con personas, organismos y entidades públicas y privadas que no pertenezcan al sistema o al sector salud.
- Fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales y evaluar las acciones respecto de las construcciones, transformaciones y reparaciones de edificios destinados a establecimientos hospitalarios de servicios de salud.
- Cumplir las demás funciones que le asignen las leyes y reglamentos.

El reglamento del MINSAL establece que, para el cumplimiento de las políticas, planes y normas que imparta esa secretaría de Estado, las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que laboren en salud coordinadamente y dentro de los marcos fijados por el Ministerio constituyen el sistema nacional de salud.

Los servicios públicos que dependen del Ministerio y forman parte del sistema son: los Servicios de Salud, el Fondo Nacional del Sistema de Salud, el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y la Superintendencia de Salud.

Las personas, instituciones y demás entidades privadas gozarán de libre iniciativa para realizar acciones de salud, en la forma y condiciones que determine la ley.

#### **2.1.1.2.1. Establecimientos Hospitalarios**

Los establecimientos hospitalarios son organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial. Necesitan desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman su entorno, sepan identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, especialmente en el sector sanitario, donde desde la red asistencial, se exige respuestas concordantes con el modelo de atención, crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.

La actual legislación propugna un modelo de organización hospitalaria, eficaz y eficiente, capaz de responder a las prioridades sanitarias definidas por la autoridad a través de su red asistencial

#### **2.1.1.2.2. Establecimientos en Salud Primaria de Salud**

Los establecimientos en Salud Primaria de Salud buscan ser el primer y más permanente contacto de las familias de un sector determinado con el equipo de salud, entregar cuidado continuo de salud a todos los miembros de la familia, en sus distintas edades y desarrollar acciones para mantener sanas y prevenir enfermedades en las personas.

A los 28 establecimientos de este tipo en Ñuble, se suman seis Centros Comunitarios de Salud Familiar. Son centros más pequeños, diseñados para la atención de salud unas 800 familias y dependen de un centro familiar base.

A pesar de sus características y principios comunes con los demás establecimientos de salud, su base comunitaria y de participación le otorga elementos distintivos. No sólo buscan entregar atención sino fortalecer la participación comunitaria y las acciones de promoción de la salud para que las personas sean protagonistas del mejoramiento de su calidad de vida.

#### **2.2. Centro de Salud Familiar Violeta Parra**

El 30 de octubre de 1992 fue el primer día de funcionamiento del entonces Consultorio General Urbano Violeta Parra. Su dependencia técnica y administrativa pertenece al Servicio de Salud Ñuble.

Su sistema de atención consta de tratamiento ambulatorio de nivel primario, estrategia que busca mejorar las condiciones de vida de su población. Hoy después de lograda su autonomía administrativa en mayo de 1995, funciona como unidad independiente.

### 2.2.1. Reseña Histórica Cesfam Violeta Parra

El Centro de Salud Familiar Violeta Parra, está ubicado en Francisco Ramírez N° 150, en el oriente de la ciudad de Chillán. Es un establecimiento de Atención Primaria y el único dependiente técnico y administrativo del Servicio de Salud Ñuble. Funciona como unidad presupuestaria y administrativa independiente desde mayo de 1995.

Desde el 21 de junio de 2006, cuenta con el Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOF) Padre Hurtado, en la Población Santa Elvira, otorgando atención de salud a las poblaciones Arturo Prat y Santa Elvira. Se suma además, que le 25 de Junio de 2005, se dotó al CESFAM Violeta Parra de un Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU).

A contar del año 2003, comenzó la implementación del modelo de salud familiar, realizándose capacitaciones sistemáticas para la atención y el trabajo con familias, a través de los programas anuales de capacitación a todo el personal. También se ha requerido realizar un ordenamiento formal en los procesos administrativos y técnicos como: sectorización, nombramiento de coordinadoras por sector, dotación por sectores, funcionarios transversales, definir funciones de jefes de unidades, entre otros; lo que ha permitido, contar con un establecimiento trabajando efectivamente por sectores, con población asignada y equipos de cabecera para cada sector (Sector 1, Sector 2, Sector 3 (CECOF), Sector 4, Sector 5) y realizando intervenciones familiares, como visitas domiciliarias integrales, intervención crisis y consejerías familiares.

En el Centro de Salud Familiar Violeta hay una cantidad de 62.525 inscritos al 31 de diciembre del 2011 según base de datos. En la actualidad se está realizando un trabajo intensivo y muy minucioso con el fin de lograr que gran cantidad de usuarios inscritos que viven fuera del área geográfica del CESFAM Violeta Parra vuelvan a sus respectivos Consultorios o Centros de Salud Familiar.

## **2.2.2. Lineamientos Estratégicos Cesfam Violeta Parra**

El centro de Salud Familiar perteneciente al Servicio de Salud atiende en forma ambulatoria a las personas, familias y comunidad pertenecientes a su radio de acción. Plantea en concordancia con las políticas establecidas en la Reforma de Salud, el poder llegar a establecer un modelo de referencia de calidad en salud, caracterizado por un alto grado de competencia profesional y sus prestaciones, es decir, con el máximo beneficio y menor riesgo posible, contribuyendo de esta forma a la satisfacción de sus necesidades y expectativas, logrando un efecto favorable en salud, basado en principios, criterios, indicadores y estándares de Calidad.

### **2.2.2.1. La Misión del Cesfam Violeta Parra**

Brindar atención de calidad con enfoque anticipatorio a familias responsables de su autocuidado, pertenecientes a nuestro radio de acción, basados en el respeto, compromiso social y en donde la atención sea eficiente, responsable, equitativa y en red.

### **2.2.2.2. La Visión del Cesfam Violeta Parra**

Ser un Centro de Salud Familiar de excelencia, cercano a la familia y coordinado en red.

### **2.2.2.3. Los Valores del Cesfam Violeta Parra**

1. Compromiso Social
2. Respeto
3. Equidad
4. Eficiencia
5. Responsabilidad

#### **2.2.2.4. Objetivos Estratégicos Cesfam Violeta Parra**

Los objetivos estratégicos son aquellos que permiten lograr la misión y visión, puesto que definen las líneas de trabajo, metas las que surgen con el propósito de realizar los planes y actividades concretas.

El Cesfam Violeta Parra tiene establecidos 6 Objetivos estratégicos para el cumplimiento de sus metas, dentro de los cuales se encuentran dos directamente relacionados con la atención de los pacientes del Cesfam:

**Objetivo Estratégico N°3:** Gestionar los procesos asistenciales y de apoyo de acuerdo al Modelo de Salud con Enfoque Familiar.

**Objetivo Estratégico 4:** Fortalecer el Área de gestión de calidad de la atención de las personas.

#### **2.3. Modelo de Atención en Salud**

El modelo de atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. El modelo de atención en el ámbito público consiste en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definido, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia y emergencia.

### 2.3.1. Modelo de Salud Familiar

La Reforma de la Salud ha introducido cambios radicales en el Sistema de Salud Chileno (SSÑ)<sup>3</sup>, En su esencia, reconoce el derecho de las personas a una atención de Salud equitativa, resolutiva y respetuosa.

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado.

Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludables, en fomentar la acción multisectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud. En caso de enfermar, se preocupa que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, de modo de controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos. Dentro de las características del modelo de salud familiar, se encuentra:

- Enfoque biopsicosocial, con énfasis en la familia y comunidad
- Continuidad de la atención y de los cuidados de salud
- Prestación de servicios integrados
- Resolutividad
- Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes
- Participación social
- Promoción de Salud
- Interculturalidad
- Impacto sanitario
- Enfoque de Género

---

<sup>3</sup> <http://www.serviciodesaludnuble.cl>

### 2.3.1.2 Modelo de Atención Integral de Salud

Según el MINSAL “Es el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”

### 2.4. La Estrategia en Salud

En la actualidad, toda organización, cualquiera que sea su naturaleza, basa su gestión y funcionamiento sobre un concepto que se considera fundamental: la estrategia, es el patrón de objetivos, propósitos o metas y de las principales políticas y planes para alcanzarlos, planteados de tal manera que definen en qué negocio está o va a estar la compañía y la clase de compañía que es lo que va a ser.<sup>4</sup>

La estrategia es el objetivo de la actividad que realiza la dirección de la organización, que debe perseguir que su organización funcione de manera eficiente, y la mejor manera de que esto ocurra es que no existan conflictos en la misma.

Es por esto que la cúpula de la organización deberá planificar su estrategia en función de los objetivos que persiga, para lo que debe definir claramente lo que quiere conseguir, la forma de conseguir los objetivos fijados y un posterior sistema de control. Es lo que se denomina Formulación e Implantación de la estrategia, los cuales no se quedan sólo en el estudio previo sino que en la práctica se desarrollan al mismo tiempo.

Con la formulación de la estrategia, la dirección de la organización define los objetivos que pretende alcanzar. Para ello parte de un análisis de su propia organización así como del entorno que la rodea. Con la puesta en práctica del análisis anterior, la organización busca

---

<sup>4</sup> Kenneth Andrews, *The Concept of Corporate Strategy* (Homewood, IL: Irwin, 1971)

ser competitiva en el mercado y pretende lograr una ventaja en este ámbito que le permita obtener beneficios superiores a la competencia

#### **2.4.1. Estrategia Nacional de Salud**

La Encuesta Nacional de Salud (2010) muestra que la población chilena ha sufrido profundas transformaciones. Hay un aumento de las enfermedades no transmisibles que se derivan del envejecimiento y de los hábitos de vida y las conductas de las personas. En este escenario, se requiere una atención de salud más amplia e integral, pero también de otras acciones que no son sanitarias.

Se busca implementar una política de Estado que involucre a distintos ministerios y organismos gubernamentales y que apunte a mejorar la calidad de vida de los chilenos.

Es en este contexto en el cual se construyó la Estrategia Nacional de Salud para la década 2011-2020, que fija objetivos y metas sanitarias, pero también define un conjunto de acciones concretas que se hacen cargo del problema y que pone la salud y la calidad de vida de la población como eje orientador de las políticas.

#### **2.4.2. Objetivos Sanitarios 2011 – 2020**

Los objetivos sanitarios señalan las metas nacionales en salud que se deben alcanzar, constituyen una referencia fundamental para establecer las intervenciones que deben realizarse por el sistema de salud chileno.

Cuatro son los Objetivos Sanitarios:

1. Mejorar la Salud de la Población
2. Disminuir las Inequidades
3. Aumentar la satisfacción de la Población.
4. Asegurar la calidad de las prestaciones en Salud.

Se establecen 9 Objetivos Estratégicos de los cuales 2 de ellos están estrictamente relacionados con reducir los factores de riesgos y la mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles

1. Reducir la Morbilidad, la discapacidad, y mortalidad prematura por Afecciones Crónicas No Transmisibles, Trastornos Mentales, violencia y Traumatismo.
2. Reducir los factores de riesgo asociados a carga de enfermedad a través del desarrollo de hábitos y estilos de vida saludable.

### **2.4.3. Planificación en Salud**

En julio del año 2010, la Subsecretaría de Salud Pública dio inicio a la planificación de las acciones del sector para la consecución de objetivos sanitarios durante la década 2011-2020. Este desarrollo se inició a principios del decenio 2000-2010, cuando el sector impulsó una reforma sectorial, cuyo primer eje fue la definición los objetivos sanitarios.

A través de la definición de objetivos de impacto y desarrollo específicos se buscó fortalecer las actividades tradicionales del sector y recoger las transformaciones sectoriales en la perspectiva de derechos de salud. Según la evaluación de final del periodo, ambas lógicas se integraron en un nivel de discurso y en un nivel pragmático, lo que contribuyó a dar sentido y significado a las acciones del sector, pero no se logró una instalación o adhesión de los diferentes niveles de la organización de salud.

Asimismo, un desafío aún pendiente, es la articulación ordenada y sistemática del trabajo intersectorial. Esto resulta de especial relevancia, ya que aquellos objetivos en los que otros sectores comparten responsabilidad en su gestión, fueron los que presentaron mayor dificultad en su cumplimiento.

A la luz de los resultados de la evaluación, se hizo necesario no sólo reflexionar acerca de los objetivos sanitarios del sector durante la década que comienza, sino también, fortalecer la planificación sanitaria para la consecución efectiva de éstos.

Frente a ello, la formulación de los Objetivos Sanitarios del decenio 2011-2020, considera como uno de sus ejes fundamentales el trabajo colaborativo con el intersector. Esta preocupación se traduce en la metodología de construcción seleccionada, la cual otorga un gran énfasis, no sólo a la identificación de objetivos de impacto sanitario, sino también a la selección de estrategias para su consecución, utilizando criterios de calidad, equidad y de satisfacción para los usuarios del sistema de salud.

El objetivo general del proceso de formulación de este plan, es por lo tanto, proponer los desafíos sanitarios de la próxima década a partir de un proceso de análisis estratégico con distintas iniciativas de estudio, incorporación de las expectativas de la población, participación de la ciudadanía y de equipos técnico políticos del sector y de otros sectores.

La metodología de planificación que utiliza el Plan Nacional corresponde a un modelo de Gestión Basada en Resultados, tomando como referente los planes estratégicos de la Organización Panamericana de Salud 2008-2012 y de la Organización Mundial de Salud 2008-2013. El modelo considera el trabajo por áreas temáticas denominadas Objetivos Estratégicos (OE) y la selección de Resultado Esperados (RE), vale decir, las estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los OE.

Es así que el plan nacional contempla un equilibrio entre la realidad global y las especificidades regionales y subregionales, a través del modelo de planificación con consecución de objetivos en cascada, es decir, iniciando con la planificación estratégica del nivel central para diez años, que luego se materializa en el desarrollo de planes regionales de salud que contemplan un trabajo conjunto entre las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y de las Direcciones de Servicios de Salud de la región, así como la participación de los Departamentos de Salud Municipal.

## 2.5. La Planificación como Función Clave de la Gestión Pública

Según Marcos Fidel Barrera Morales (2002),<sup>5</sup> la planificación es: “la actividad continúa relacionada con el acto de prever, diseñar, ejecutar y evaluar propósitos y acciones orientados hacia fines determinados; constituye el proceso mediante el cual se concibe, se estudia, se diseña, se desarrolla, se evalúa y se prosigue con propósitos y acciones.”. La planificación es una de las funciones claves de la administración. Esta categoría incluye herramientas de planificación que ayudan a los administradores a determinar qué es lo que una organización está haciendo en el presente y que es lo que intenta hacer en el futuro, a través de un proceso de recopilación de información, el desarrollo de un sentimiento de propiedad y la toma de decisiones estratégicas, así como la puesta en operación de las metas y prioridades de la organización de año en año para apoyar el enfoque de la organización. .

Desde el punto de vista organizacional planificar permite a los ejecutivos estudiar anticipadamente sus objetivos y acciones, y sustentan sus actos no en corazonadas sino con algún método, plan o lógica siempre contando con una matriz direccional que incluye tópicos como: objetivos, metas, planes, misión, visión, estrategias, políticas, entre otros; y cuya aplicación adecuada redonda en múltiples beneficios como:

- Promover el desarrollo en el área en que se aplique.
- Eficiencia el uso de los recursos y reducción del tiempo.

La planificación se puede decir se fundamenta en 3 enfoques el de la demanda social, el potencial humano y el costo-beneficio. Es oportuno puntualizar pues que la planificación se puede dividir en 2 grandes tendencias, según Julio Corredor, aquellas en las que se hacen según las normas y no generan ningún tipo de conflicto, es decir se cumple y ya y aquella en la se afina en las acciones que puedan desarrollar fuerzas opositoras coincidentes en el objetivo. Al entender lo anterior para la primera clasificación estaríamos hablando de la planificación normativa, que es aquella que parte del diagnóstico de una situación y en función del modelo de cómo debería ser y diseña el plan para llegar al estado deseado y en

---

<sup>5</sup> Marcos Fidel Barrera Morales , Planificación prospectiva y holística Año 2002

las otra entraría la planificación social es aquella que busca la manera organizada alterar con un fin específico algún elemento del sistema social y la estratégica que no es otra cosa que decretar que queremos lograr y aplicar las estrategias necesarias para alcanzarlo.

Dado que a veces puede tratarse de un proceso de toma de decisiones, se pueden distinguir varias etapas:

- Identificación del problema.
- Desarrollo de alternativas.
- Elección de la alternativa más conveniente.
- Ejecución del plan.

## **2.6. Dirección Estratégica**

La estrategia de una organización consiste en una combinación de movimientos competitivos y enfoques de los negocios que los administradores utilizan para satisfacer a los clientes, competir con éxito y lograr los objetivos de la organización. Concepto básico que manejan los autores (Thompson y Strokland, 2004), en su libro Administración Estratégica.

Todas las Organizaciones tienen una estrategia. El esfuerzo por explicitarla, analizarla, y racionalizarla puede ser muy valioso para mejorar la posición competitiva de la organización y resultados.

La dirección Estratégica es un proceso global que apunta a la eficacia, integrando la planificación estratégica con otros sistemas de gestión, a la vez que responsabiliza a todos los directivos por el desarrollo e implementación.

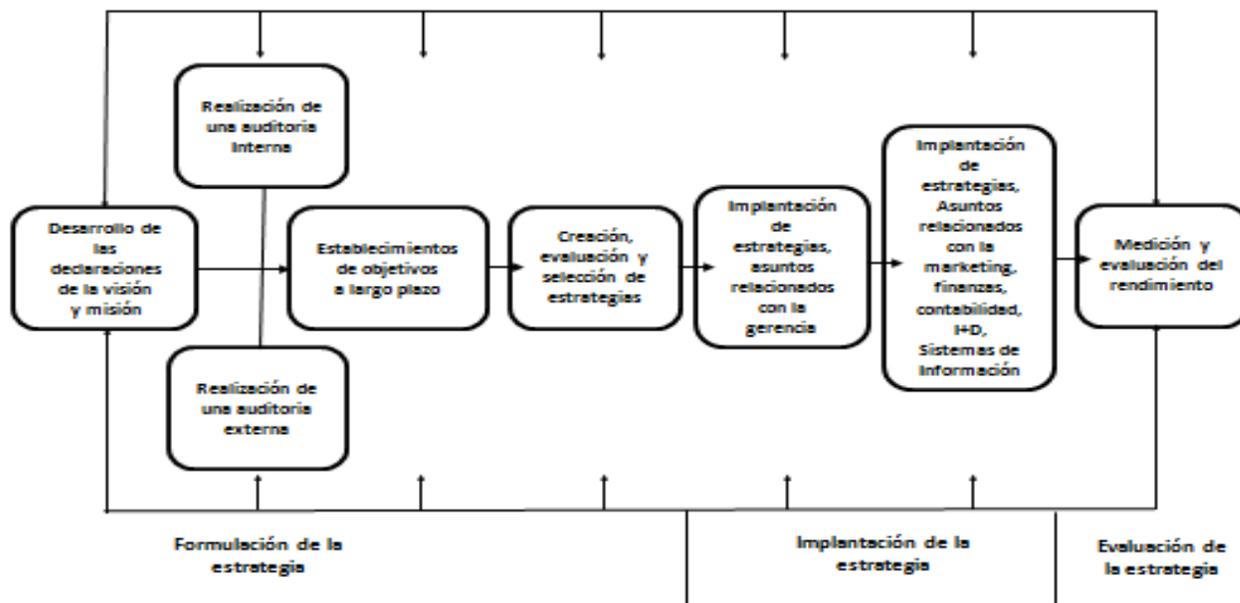
Las organizaciones se enfrentan actualmente al reto de asimilar fuertes y continuos cambios, no sólo del entorno, sino también sociales, tecnológicos, nuevas regularizaciones y legislaciones.

La Dirección Estratégica tiene que ir siempre de la mano de la innovación y la creación de valor añadido. Las organizaciones y las personas que trabajan en ellas, deben tener en cuenta las oportunidades y las amenazas que enfrentan en su propio medio, además de las fuerzas (fortalezas) y debilidades de la organización misma. Para poder tener ventajas competitivas con las demás organizaciones

La planificación estratégica, debe realizarse a nivel de Servicio de Salud, comunas y establecimientos. Los elementos centrales a considerar para que cumpla con los criterios mínimos de su definición se reseñan a continuación.

- **Orientación Estratégica:**
  - Visión
  - Misión
  - Objetivos Estratégicos
- **Análisis Estratégico:**
  - Interno y externo
- **Formulación de Estratégica**

**Figura N° 4 Modelo Dirección Estratégica**



Fuente: David (2003: 14)

## 2.7. Gestión en Salud

La gestión en Salud como estrategia de la eficiencia, de la efectividad y de la calidad de los resultados del trabajo diario en los centros de salud, resulta relevante en la implementación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud, modelo que promueve la reorientación de los servicios de salud hacia la calidad.

En síntesis, es la principal herramienta de la gestión sanitaria para mejorar continuamente la calidad del cuidado de los usuarios, desarrollar la capacidad de mantener altos estándares de desempeño y de seguridad en la atención

En la toma de decisiones de cada miembro del equipo de salud es donde realmente se produce la gestión, se ordena el gasto, se genera la calidad y se propicia o no la satisfacción del usuario. Por lo tanto, gestionar implica:

- Tomar decisiones.
- Llevar a cabo acciones para traducirlas a la práctica.

- Recoger información.
- Controlar sus resultados versus los previstos.
- Adoptar una nueva decisión si lo obtenido no coincide con lo esperado.

### **2.7.1. Factores de éxito en Salud**

Por otra parte, parecen existir algunos aspectos generales que favorecen el éxito de los planes de calidad, tales como:

- La visión compartida: equipos que tienen metas claras y conocidas por todos
- El compromiso directivo visible en el día a día.
- La gestión por procesos, gestionar procesos no es más que gestionar los espacios en blanco que hay entre las casillas de un organigrama o el empoderamiento, que no quiere decir delegar, ni tener responsables de, sino traspasar poder.
- El aprendizaje constante, de los errores y de los aciertos, nuestros y de los demás.
- Integrar la gestión de calidad a la gestión de la organización, dado que la Calidad no puede enfocarse como “algo” independiente. Hay que gestionarla como una función de la dirección de la organización, para lo cual se deben establecer los objetivos, determinar y asignar los recursos, instrumentar el impulso de la consecución de los objetivos y controlar los resultados mediante el seguimiento de indicadores reglamentados y las auditorías internas o externas planificadas.
- Garantizar la implicación del personal con una elevada carga de valores y ética en función de la prestación de los servicios de salud como única vía de lograr realmente la excelencia de los servicios, desarrollar y aplicar el método clínico en la práctica diaria.

### **2.8. Garantía Explícitas en Salud**

El Plan de Acceso Universal de Garantías Explícitas (o Plan AUGE) de Chile consiste, según lo establecido por la Ley N° 19.966 (que lo denomina Régimen General de Garantías

en Salud) en una reglamentación sanitaria que garantiza el acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.

Para mejorar el sistema de salud chileno, el MINSAL creó el plan de Garantías Explícitas en Salud, asegurando las prestaciones a través de FONASA y las ISAPRES por prestadores registrados y acreditados. Esta reforma busca garantizar el acceso, la atención oportuna, de calidad y protección financiera mediante un pago o copago con tope máximo que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones considerando el monto de sus ingresos.

El Régimen General en Salud está vigente desde el 1 de julio de 2005. Son beneficiarios los cotizantes o afiliados a FONASA o una ISAPRE. Para el año 2006 hay unas 40 enfermedades cuya atención está garantizada, pasando a ser 56 en el 2005 y 80 el 2013.

Dentro de las patologías incorporadas al GES se encuentra el ACV.

## **2.9. El Accidente Cerebro Vascular**

Un ACV es un trastorno clínico patológico producto de la afección de la circulación propia e intrínseca del encéfalo, por oclusión o ruptura, determinando un compromiso funcional y vital del territorio y las estructuras correspondientes. De perfil evolutivo agudo, caracterizado por la instalación brusca de síntomas y signos, los que en rápida progresión corresponden a un síndrome topográfico circulatorio o de localización.

El concepto de ACV es utilizado genéricamente para referirse a los Accidentes Isquémicos Transitorios (TIA), a los diversos tipos de infartos, a las hemorragias parenquimatosas y a las hemorragias subaracnoideas espontáneas.

La evolución de la hipertensión así como de otros factores del huésped, han sido estudiados en su relación con la ocurrencia de ACV en estudios epidemiológicos prospectivos y de población general. La gran vulnerabilidad del encéfalo a la isquemia, no recuperable por

medidas médicas ni quirúrgicas, acentúa la necesidad de una conducta y política de prevención de los ACV.

La prevención implica el reconocimiento y el control de los factores de riesgo en los individuos susceptibles, siendo el más significativo de todos, la hipertensión arterial, lo que está avalado por estudios diversos que muestran una clara relación con su control y la persistente baja de las tasas de mortalidad por ACV.

### **2.9.1. Factores de Riesgo Accidente Cerebro vascular**

Es de suma importancia conocer los factores de riesgo y contribuyentes a la enfermedad cerebro vascular, como una forma efectiva de prevenir la enfermedad y su catastrófico impacto, en las personas más susceptibles, ya que las medidas terapéuticas médicas y quirúrgicas no ofrecen una recuperación plena de las secuelas en muchos de los casos.

Los factores de riesgo y precursores de ACV han sido identificados en los estudios de población como el Heart Disease Epidemiology Study at Framingham, Massachusetts.<sup>6</sup>

Estos estudios muestran incluso la relación entre los ACV con otras afecciones cardiovasculares y las consecuencias de la hipertensión arterial como la cardiopatía coronaria y la insuficiencia cardíaca congestiva. Estos factores precursores difieren programar acciones en prevención.

La hipertensión arterial, ha sido reconocida como el factor más importante en los estudios epidemiológicos, tanto para los infartos oclusivos como para los ACV hemorrágico.

También son contribuyentes la diabetes, y trastornos de la función cardíaca con el antecedente de enfermedad coronaria previa o de anomalías electrocardiográficas, o de insuficiencia cardíaca. La elevación de lípidos plasmáticos, el hábito de fumar, y la

---

<sup>6</sup> Accidentes Cerebrovasculares , Dr Oscar Jimenez Leighton Cap. 14. Año 2003

obesidad, son importantes aunque de menor significado que comparados como factores precursores de enfermedad coronaria o vascular periférica.

La hipertensión arterial, es un precursor dominante en el riesgo de infarto cerebral aterotrombótico y de hemorragia cerebral hipertensiva, además de ser una afección prevalente con efecto adverso en una amplia proporción de la población.

El riesgo cerebro vascular está relacionado a la magnitud del alza de presión, en todo su rango. Para infarto aterotrombótico no hay un valor de presión arterial exento de riesgo, ni diferencias relativas al sexo.

El estudio de cohorte de Framingham evidenció que la hipertensión sistólica aislada constituye igualmente un factor de riesgo, no relacionada con la rigidez arterial parietal subyacente, sino con la presión arterial resultante.

El control de los factores de riesgo debe ser promovido desde la niñez, promoviendo hábitos nutricionales y de ejercicio; controlar el sobrepeso y destacar los inconvenientes del tabaquismo, para evitarlos. El diagnóstico y tratamiento apropiado de la hipertensión arterial e hiperlipidemia, han disminuido la incidencia de enfermedad cerebro vascular y coronario, por lo que es necesario alcanzar una cobertura y adhesividad mayor al diagnóstico y tratamientos la población expuesta.

### **2.9.2. Secuelas Accidente Cerebro Vascular**

El ACV puede afectar diversos ámbitos, dejando secuelas como parálisis, déficit en la coordinación motora, déficits cognoscitivos, problemas del habla, dificultades emocionales dolor y trastornos sensitivos, los que pueden generar problemas en las actividades de la vida diaria (NINDS, 2007).

Una incapacidad común que resulta de un ACV es la parálisis, la cual si afecta a un solo lado del cuerpo (hemicara, brazo y pierna) se le llama hemiplejia y cuando ésta es tan solo

una debilidad se denomina hemiparesia. Esta parálisis o debilidad se origina en el lado cerebral contrario de donde se manifiesta el ACV. La hemiplejia y la hemiparesia generan problemas en las actividades de la vida diaria (AVD), ya que al afectarse la corteza motora, en los lóbulos frontales del cerebro, resulta un déficit motor y al dañarse el cerebelo o ganglios de la base se afecta la coordinación y el equilibrio.

Además de la parálisis, posterior a un ACV se encuentran: Déficit cognoscitivos: un ACV puede generar problemas de raciocinio, conciencia, atención, aprendizaje, juicio y memoria. Si los problemas son más severos, el paciente puede presentar por ejemplo una apraxia, agnosia y negligencia (el paciente no tiene conocimiento de un lado del cuerpo o la visión). *f* Déficit de habla y lenguaje: generalmente se presenta como afasia (déficit de comprensión o emisión de lenguaje) y disartria (problemas al hablar). Los problemas de lenguaje resultan generalmente del daño a los lóbulos frontales y parieto-temporales izquierdos.

Déficit emocionales: los pacientes que sufren un ACV pueden tener dificultad en controlar sus emociones o pueden expresar emociones inapropiadas en ciertas situaciones. Estos pacientes generalmente sufren de depresión cuyo comportamiento clínico puede dificultar la recuperación y la rehabilitación e incluso puede concluir en un suicidio.

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

El presente capítulo describe los procedimientos realizados para llevar a cabo la etapa de recolección de datos, las fuentes y los mecanismos de obtención y la metodología de investigación.

### **3.1. Tipo de Investigación**

La presente investigación de tipo descriptiva de corte transversal, presentará sus resultados en frecuencias absolutas y porcentajes.

El proceso de recolección de información será seguido de un proceso de análisis crítico de bibliografías, artículos y guías clínicas seleccionadas de igual modo, esta selección de información servirá para definir las acciones que se incluirán en el plan de intervención integral el cual será apoyado con recomendaciones de referentes técnicos y equipo local del Cesfam Violeta Parra.

#### **3.1.2. Investigación Descriptiva**

La presente investigación es de carácter descriptiva ya que en la etapa inicial del proceso, para lograr analizar estrategias implementadas y los resultados de las acciones implementadas, se recolecta y clasifica todo tipo de investigaciones disponibles de fuentes oficiales con el propósito de identificar las variables relevantes para este estudio y elaboración del plan de intervención integral.

Esta etapa descriptiva permite aclarar y definir la real naturaleza del problema, sus tendencias, comportamientos. Para obtener esto de manera confiable, se utilizan principalmente, fuentes de información oficiales, guías clínicas y estudios con evidencias científicas de este problema de salud.

El método se basa en la indagación, el registro, la definición y la contrastación. En esta investigación se compara el comportamiento de reportes extraídos del Sistema de Información para la Gestión Explícitas de Salud- SIGGES, sistema creado por FONASA para el monitoreo de los problemas de Salud GES, de pacientes que cursaron ACV entre los periodos 2009-2013, analizando características tales como sexo y edad.

La aplicación de Instrumentos tales como entrevistas en profundidad y cuestionarios a referentes técnicos y equipo local del Cesfam Violeta Parra será relevante para la orientación en la elaboración del plan de intervención integral a los pacientes que sufrieron ACV.

### **3.2. Recolección de Datos**

El proceso de construcción de la base de datos, es el que ha involucra más tiempo dentro de la investigación, por los numerosos datos y por la forma como deben ser obtenidos, de manera que puedan ser comparados durante todo el periodo de análisis. Estos datos han sido obtenidos a través de informes de pacientes que cursaron ACV del Cesfam Violeta Parra desde el año 2009 al 2013, extraídos de SIGGES, Sistema Informático de FONASA en el cual se registran los pacientes con patologías AUGE.

Este plan será elaborado tomando como base la revisión sistemática de fuentes bibliográficas, estudios con evidencias científicas y guías clínicas con orientación a la atención de aquellos pacientes que sufren un ACV.

Se realiza un análisis del diagnóstico y la carga de esta enfermedad en los pacientes que cursaron un ACV en el Cesfam Violeta Parra y se identifican las características de estos pacientes orientadas en edad y sexo.

La revisión sistemática de la información se lleva a cabo mediante una búsqueda de fuentes primarias y secundarias de información, revisiones sistemáticas y guías clínicas que

constatan la eficacia del uso de intervenciones preventivas, diagnósticas, curativas y de rehabilitación, en el abordaje del ACV.

El proceso de recolección de información es seguido de un proceso de análisis crítico de los artículos y guías clínicas seleccionadas de igual modo, esta selección de información ayuda a definir las acciones que se incluirán en el plan de intervención integral el cual será apoyado con recomendaciones de referentes técnicos y equipo local del Cesfam Violeta Parra.

### **3.3. Instrumentos de Evaluación**

La primera técnica que se aplica, según el diseño, es la técnica de búsqueda de información sistematizada, en la que se lee y registra conforme a guías, la información de acuerdo a los objetivos de la investigación, luego se analiza y agrupan los hallazgos para validar la información obtenida de fuentes oficiales del Ministerio de Salud como Guía Clínica del Accidente Vascular en personas de 15 años y más de la división de prevención y control de Enfermedades.

En segundo lugar se utiliza el programa SIGGES programa perteneciente a FONASA cuya función es monitorear a los pacientes AUGE, para extraer reportes de pacientes con ACV, entre los periodos 2009-2013 para realizar un análisis de la prevalencia e incidencia de estos casos, buscando características tales como sexo y edad, de esta forma conocer las tendencias y comportamientos de esta enfermedad.

Además se aplica entrevistas a directivos y expertos en el área de estudio, tales como referentes técnicos del Servicio de Salud Ñuble, Directivos del Cesfam Violeta Parra, Equipo de Salud Cardiovascular.

### 3.4. Análisis de los Datos e Información

Después de establecer el marco teórico para el análisis de los datos e información relacionada, identificado todas las estrategias implementadas, información necesaria para posteriormente realizar análisis descriptivo. Se inició el tratamiento de la información y las técnicas estadísticas que se ha empleado para el análisis y posterior contrastación de los datos para los análisis planteados

### 3.5. Tratamiento de la Información

La ficha técnica que presenta la siguiente tabla recoge todos los detalles relativos a la investigación propuesta en el presente trabajo.

Tabla N°1: Ficha Técnica

<b>INFORMACIÓN</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
<b>Ámbito geográfico</b>	Chile
<b>Unidad de análisis</b>	Cesfam Violeta Parra
<b>Período de análisis</b>	Desde el año 2009 hasta el 2013
<b>Método de obtención de la información</b>	Base de datos proporcionada por: <ul style="list-style-type: none"> <li>- El Ministerio de Salud Chileno</li> <li>- Servicio Salud Ñuble</li> </ul>
<b>Tratamiento de la información</b>	Excel

Fuente: Elaboración propia

Una vez obtenida la información, desde la base de datos construida, se procede a analizar los datos a través del tratamiento de datos descriptivos de las variables utilizadas en el estudio. Con el propósito de obtener mayor conocimiento del comportamiento de las variables y lograr las comparaciones y análisis necesarios.

## CAPITULO IV: ANALISIS DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Análisis estadístico de datos

Para el análisis estadístico de los datos, se obtuvo información a través de nóminas extraídas del Sistema SIGGES programa perteneciente de FONASA que sirve para monitorear a los pacientes con patología AUGE, además de reportes solicitados de la Oficina de Coordinación del Cesfam Violeta Parra.

### 4.2. Análisis Casos ACV en Ñuble

Según información recopilada en el SSÑ, se observa que el 29% de las principales muertes en la Provincia de Ñuble corresponde a las del Sistema Circulatorio, de un universo de 3076 muertes en el año 2011.

La siguiente tabla nos muestra los eventos de ACV en la provincia de Ñuble desde el año 2009 al 2013.

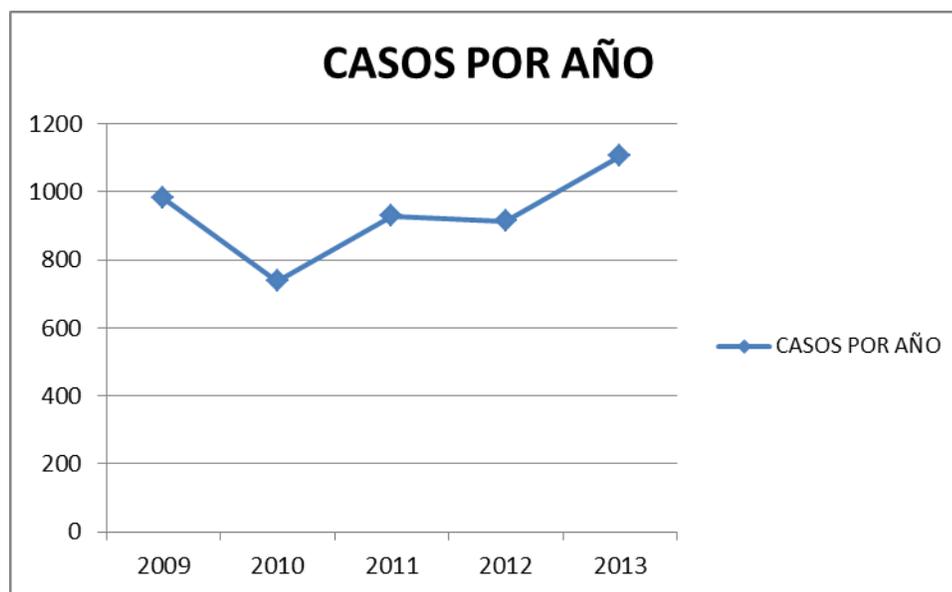
**Tabla N°2 Casos de pacientes con ACV en Ñuble**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Casos por Año</b>	982	738	930	914	1106

**Fuente: Elaboración Propia**

Se observa una cantidad considerable de eventos en todos los periodos, siendo el más alto en el año 2013 con 1106 eventos de ACV entre el periodo estudiado 2009 y 2013 existe un 26 % de aumento de casos de ACV en la Provincia de Ñuble.

**Gráfico N° 1 Casos por Año de ACV en Ñuble**



**Fuente: SSÑ**

En el gráfico anterior podemos observar el comportamiento de los casos de ACV en la provincia de Ñuble el cual muestra que los años 2009 y 2013 son los que presentan más eventos de ACV.

De acuerdo a estudio realizado por Unidad de Epidemiología del Seremi de Salud del Biobío.

Se observó 4 de 10 comunas con mayor tasa de egreso hospitalario corresponden a comunas de la provincia de Ñuble.

La tasa regional de mortalidad por ECV, es más alta que la nacional y dentro de la región es la provincia de Ñuble que supera a las demás provincias.

La tasa de mortalidad por ACV según edad, es en el grupo de 80 y más años donde se observa las tasas más altas, y por género los hombres superan a las mujeres.

De las 10 comunas con las más altas tasas de mortalidad por ACV, 4 corresponden a la provincia de Ñuble.

El estudio indica que de las 7 comunas con las más altas tasas de mortalidad por ACV según nivel de instrucción bajo (<8 años), 6 pertenecen a la provincia de Ñuble.

#### 4.3. Análisis de Casos de ACV de pacientes pertenecientes al Cefsam Violeta Parra

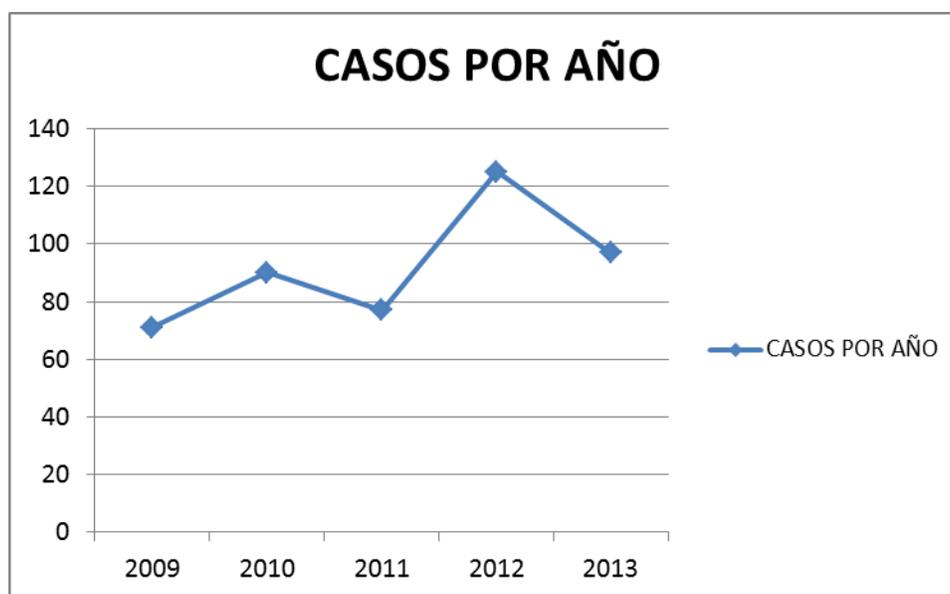
**Tabla N° 3 Casos de Pacientes del Cefsam Violeta Parra con ACV**

	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Casos por Año</b>	71	90	77	125	97

**Fuente: Elaboración Propia**

En la tabla anterior podemos observar el número de pacientes que cursaron ACV desde el año 2009 al 2013 , el año 2009 presentó 71 casos, 2010 presentó 90 casos, 2011 se observan 77 casos, 2012 se observan 125 casos , siendo este el años con más pacientes con ACV y el año 2013 con 97 casos.

**Grafico N°2 Casos de Pacientes del Cefsam Violeta Parra con ACV**



**Fuente: Elaboración propia**

En el gráfico anterior podemos observar el comportamiento de los casos de ACV de los pacientes pertenecientes al Cesfam Violeta Parra, se observa un aumento de un 43 % entre el año 2009 y el 2012, lo que corresponde a 54 casos más que el año 2009, no deja de ser menor en el año 2013 con 99 casos.

#### 4.3.1. Número de pacientes con ACV según sexo del Cesfam Violeta Parra

En la siguiente tabla se presentaran los datos de pacientes que cursaron ACV de acuerdo al sexo.

**Tabla N°4 Pacientes con ACV clasificados según sexo.**

	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>Femenino</b>	35	43	38	70	51
<b>Masculino</b>	36	47	39	55	46
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>90</b>	<b>77</b>	<b>125</b>	<b>97</b>

**Fuente: Elaboración Propia**

En la tabla anterior podemos observar que no hay mucha diferencia entre el sexo, lo que se puede deducir que en esta caso el sexo no es un factor determinante para tener un ACV, aunque en el año 2012 existe un predominio en el sexo femenino con 70 casos en comparación con 55 que fueron masculinos.

#### 4.3.2. Número de pacientes con ACV según rango de edad del Cesfam Violeta Parra

**Tabla N°5 Clasificación según rango de edad**

<b>Rango</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>20-35</b>	1	1	0	0	1
<b>36-45</b>	1	4	2	1	2

<b>46-64</b>	11	21	13	21	14
<b>65 y Mas</b>	58	64	62	103	83

**Fuente: Elaboración Propia**

En la tabla anterior se puede observar la clasificación de pacientes que cursaron ACV según rango de edad, en la que podemos ver que desde los 65 años es donde se presentan la mayor cantidad de casos siendo esta edad uno de los mayores factores de riesgo.

Se puede deducir que el riesgo de padecer un ACV aumenta con la edad.

Además se observa que el grupo entre 46 a 64 años también presenta una cantidad considerable de casos de ACV los cuales son pacientes en edad autovalentes por lo tanto son un grupo a los cuales se debe intervenir para prevenir un nuevo evento Cerebrovascular.

#### 4.3.3. Análisis de Prevalencia en Cesfam Violeta Parra

Corresponde a la proporción de personas con ACV del total de inscritos en el Cesfam Violeta Parra desde el 2009-2013.

**Tabla N°6 Población Inscrita Cesfam Violeta Parra**

<b>Población Inscrita por año</b>					
<b>Año</b>	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Inscritos</b>	62130	63110	64250	65102	65536

**Fuente: Elaboración Propia**

En la tabla anterior se puede observar las personas inscritas en el Cesfam Violeta Parra desde el año 2009 al 2013, Según la base de datos de la Unidad de Estadísticas de este Cesfam.

Se observa un aumento de un 5% de la población inscrita dentro de los periodos estudiados.

**Tabla N°7 Casos Acumulados de pacientes con ACV del Cesfam Violeta Parra**

<b>Eventos ACV Acumulados</b>					
<b>Año</b>	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Eventos ACV Por Año</b>	71	161	238	363	460

**Fuente: Sistema SIGGES.**

En la tabla anterior se puede observar la cantidad de pacientes acumulados que cursaron un ACV pertenecientes al Cesfam Violeta Parra desde el año 2009 al 2013, siendo 460 pacientes al año 2013.

**Tabla N° 8 Prevalencia ACV Cesfam Violeta Parra**

<b>Población Inscrita por año</b>					
<b>Año</b>	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Inscritos</b>	62130	63110	64250	65102	65536
<b>ACV</b>	71	161	238	363	460
<b>Prevalencia</b>	0,11%	0,26%	0,37%	0,56%	0,70%

Fuente: Elaboración Propia

En la tabla anterior se puede observar la prevalencia de pacientes con ACV en el Cesfam Violeta Parra, siendo este la proporción de pacientes diagnosticados con esta patología sobre la población inscrita durando el periodo estudiado.

#### 4.4. Entrevistas a Expertos

El presente análisis tiene como propósito exponer los resultados obtenidos durante la fase de estudio empírico de esta investigación.

Para el inicio de la investigación se desarrollaron una serie de entrevistas a los referentes y expertos del Servicio de Salud Ñuble y del Cesfam Violeta Parra, con el propósito de realizar un diagnóstico situacional del tema en estudio.

De acuerdo a la entrevista realizada a los expertos se abordaron preguntas clínicas para poder elaborar el plan de intervención integral.

Preguntas Abordadas:

- ¿Cuál es el objetivo de la intervención post alta hospitalaria de los pacientes con ACV?
- ¿Cuáles son los plazos de recuperación post ACV?
- ¿Cuándo iniciar la intervención?
- ¿Quiénes deben formar parte del equipo de intervención integral?
- ¿Cómo organizar el plan de intervención del paciente post ACV en la Atención Primaria?

De acuerdo a los resultados de la entrevista, se pudo recopilar la siguiente evidencia:

Luego de ocurrido un ACV, la evolución más probable es de recuperación (raramente será el 100%).

Entre un 40% a un 50% de las personas que sufren accidentes cerebrales tienen secuelas que van a requerir algún grado de apoyo. Por eso se debe intervenir con un equipo que a través de diversas terapias y técnicas colabora en la rehabilitación para conseguir una situación funcional, familiar y social lo más próxima a la que el paciente tenía previo al accidente cerebrovascular.

La intervención es un proceso que con enfoque integral e interdisciplinario busca disminuir la incidencia de las complicaciones prevenibles, apoyar e integrar al paciente y a su familia en proceso de tratamiento, disminuir el grado de discapacidad, y optimizar los resultados funcionales y la reintegración social.

Un plan de intervención integral considera además, la identificación de factores biomédicos, psicológicos y sociales previos al ACV que pudieran incidir en la evolución de la persona. Los factores predictores más importantes en la recuperación funcional de la persona con ACV son la severidad del compromiso inicial y la edad; usando ambos parámetros sumando el análisis de los factores personales y ambientales se puede determinar las necesidades terapéuticas y recursos para su rehabilitación.

Los expertos indican que existe evidencia que la intervención y rehabilitación precoz e intensiva se asocia a una disminución de la morbimortalidad asociada y mejora el desenlace funcional.

Todos los pacientes que hayan sufrido un evento cerebrovascular, una vez contrarreferidos a su establecimiento de origen, deberán ser evaluados por el equipo cardiovascular para su ingreso al programa y/o reclasificación de riesgo.

Toda intervención debe responder a un plan el que se inicia con una evaluación del equipo multidisciplinario centrado en las necesidades del paciente y tomando en consideración su entorno psicosocial , en este equipo se requiere la participación de un equipo organizado compuesto por médico, enfermera, nutricionista, kinesiólogo, fonoaudiólogo, psicólogo además de apoyo de medicina complementaria. Además de derivaciones al nivel secundario con especialistas de acuerdo a las necesidades o complicaciones específicas del paciente.

Los expertos indican que estos pacientes deben mantenerse bajo control, sobre todo aquellos con mayores factores de riesgos asociados ya que están expuestas a desarrollar un nuevo evento cerebrovascular.

Para asegurar el mejor desenlace funcional posible, el equipo debe actuar de acuerdo a protocolos, guías de práctica clínica, procesos clínicos integrados sujetos a control de calidad y auditoría.

#### 4.4.1 Identificación de Estrategias

A continuación se presentaron las estrategias identificadas para el Plan de Intervención Integral cuya finalidad es proporcionar una atención integral de calidad, eficiente y eficaz, con el fin de reducir las consecuencias de la enfermedad y la dependencia en los pacientes, mediante la prestación de servicios adecuados en cada momento.

El ACV puede afectar diversos ámbitos, dejando secuelas como parálisis, déficit en la coordinación motora, déficits cognoscitivos, problemas del habla, dificultades emocionales dolor y trastornos sensitivos, los que pueden generar problemas en las actividades de la vida diaria (NINDS, 2007)

Además de la parálisis, posterior a un ACV se encuentran:

**Déficits cognoscitivos:** un ACV puede generar problemas de raciocinio, conciencia, atención, aprendizaje, juicio y memoria. Si los problemas son más severos, el paciente puede presentar por ejemplo una apraxia, agnosia y negligencia (el paciente no tiene conocimiento de un lado del cuerpo o la visión).

**Déficits de habla y lenguaje:** generalmente se presenta como afasia (déficit de comprensión o emisión de lenguaje) y disartria (problemas al hablar). Los problemas de lenguaje resultan generalmente del daño a los lóbulos frontales y parieto-temporales izquierdos.

**Déficits emocionales:** los pacientes que sufren un ACV pueden tener dificultad en controlar sus emociones o pueden expresar emociones inapropiadas en ciertas situaciones. Estos pacientes generalmente sufren de depresión cuyo comportamiento clínico puede

dificultar la recuperación y la rehabilitación e incluso puede concluir en un suicidio. El tratamiento para ésta es mediante medicamentos

El plan de intervención integral cuenta con terapias de rehabilitación al paciente que ha cursado un Accidente Cerebro Vascular.

### **Terapia de Rehabilitación**

Las terapias de rehabilitación post ACV se pueden dividir en:

**Terapia Física:** esta terapia en muchos pacientes se vuelve la piedra angular en el proceso de rehabilitación. Está a cargo de un kinesiólogo, el cual utiliza la enseñanza, los ejercicios y la manipulación física del cuerpo del paciente con la intención de restaurar el movimiento, equilibrio y la coordinación. El objetivo de la terapia física es lograr que el paciente que sufre un ACV, vuelva a aprender actividades motoras simples, tales como caminar, sentarse, ponerse de pie, acostarse y el proceso de cambiar de un tipo de movimiento a otro.

**Terapia ocupacional:** los objetivos de esta terapia incluyen volver a aprender a comer, beber, vestirse, bañarse, cocinar y el cuidado personal.

**Terapia de dicción o del habla:** Esta terapia está a cargo de un fonoaudiólogo, cuyo objetivo principal es enseñar el lenguaje y las destrezas de comunicación.

**Terapia psicológica.** Esta terapia consiste en aliviar algunos problemas mentales y emocionales relacionados (depresión).

La intervención es un proceso que con enfoque integral e interdisciplinario busca disminuir la incidencia de las complicaciones prevenibles, apoyar e integrar al paciente y a su familia en proceso de tratamiento, disminuir el grado de discapacidad, y optimizar los resultados funcionales y la reintegración social.

Para el desarrollo del Plan de intervención Integral se identifican las siguientes actividades.

#### 4.4.2. Intervención Seguimiento y Tratamiento

La intervención se realizará al momento del alta hospitalaria, el Cesfam Violeta Parra es informado del evento cerebrovascular a través de un documento de contrareferencia desde el Hospital Clínico Hermida Martín a la oficina de AUGÉ.

Este documento será enviado a coordinadores de sector del Cesfam Violeta Parra para intervenir y citar a estos pacientes para ser evaluados por el equipo Cardiovascular para ingreso, clasificación del riesgo, inicio de tratamiento farmacológico indicado por Neurólogo y derivación a equipo multidisciplinario de acuerdo a sus necesidades.

La intervención es un proceso que con enfoque integral e interdisciplinario busca disminuir la incidencia de las complicaciones prevenibles, apoyar e integrar al paciente y a su familia en proceso de tratamiento, disminuir el grado de discapacidad, y optimizar los resultados funcionales y la reintegración social.

Para esto se compone un equipo Multidisciplinario que da

**Médico:** El médico a cargo del tratamiento del paciente es el referente natural para el seguimiento médico y, por lo tanto, debe vincularse precozmente al proyecto terapéutico. Su papel es esencial para la observancia de las medidas de prevención secundarias y para la adaptación de los tratamientos según su eficacia y su tolerancia. El seguimiento también es indispensable desde el punto de vista de la rehabilitación. Según los expertos se recomienda su intervención cada 6 meses.

**Kinesiólogo:** El kinesiólogo utiliza la enseñanza, los ejercicios y la manipulación física del cuerpo del paciente con la intención de restaurar el movimiento, equilibrio y la coordinación. El objetivo de la terapia física es lograr que el paciente que sufre un ACV,

vuelva a aprender actividades motoras simples, tales como caminar, sentarse, ponerse de pie, acostarse y el proceso de cambiar de un tipo de movimiento a otro.

**Fonoaudiólogo:** El Fonoaudiólogo como integrante del equipo de rehabilitación, interviene en 2 grandes áreas, la comunicación y la deglución, las cuales frecuentemente se ven afectadas por el accidente cerebrovascular. El Fonoaudiólogo entrega diversos beneficios, para obtener una rehabilitación satisfactoria y funcional para el paciente y la familia y/o cuidadores.

**Enfermera:** Su función primordial, sería darle al paciente todas las atenciones necesarias que propendan al logro de recuperar su salud y su re-inserción a la comunidad donde vive.

**Psicólogo:** Una de las funciones del psicólogo es la de asistir directamente al paciente que se encuentra en dificultades relacionadas a su comportamiento o forma de ser, en su mayoría. Este tipo de profesional no soluciona de forma directa los problemas de nadie, sino que más bien sirve como canalizador para que el afectado comprenda cuál es el problema que padece y cómo solucionarlo con las herramientas de las que dispone.

**Asistente Social:** Su rol fundamental a la hora de reforzar una mirada global, estructural y sistémica de la situación de salud y enfermedad del paciente y su familia esto significa aportar a una reflexión permanente en torno a las condiciones estructurales que genera las consecuencias de esta enfermedad; así como la consideración de todos aquellos factores protectores que contribuyen a garantizar la salud y una mejor calidad de vida del paciente.

**Medicina Complementaria (Acupuntura):** Práctica de la medicina tradicional china y japonesa que consiste en la introducción de agujas muy finas en determinados puntos del cuerpo humano para aliviar dolores, anestesiar determinadas zonas y curar ciertas enfermedades, esta práctica la realiza un médico capacitado en el CESFAM.

**Técnicos Paramédicos:** Su función es realizar todas aquellas acciones de salud que le sean solicitadas, de acuerdo a las normas preestablecidas, por el profesional médico enfermera según sea el caso.

Se integrará al plan de intervención acciones con carácter educativo y de promoción a los pacientes que cursaron ACV.

### **Intervenciones educativas a través de charlas y talleres.**

La Educación para la Salud es una herramienta para promocionar la salud consistente en un proceso educativo encaminado a que las personas aprendan a modificar sus conductas de riesgo y lograr los cambios ambientales, económicos y sociales que favorezcan las conductas saludables.

La educación para la salud como objetivo se tendrá presente en todas las atenciones y se realizará, de forma individual a partir de la relación personal de los profesionales con los pacientes y, de forma colectiva mediante acciones dirigidas a grupos de población.

La educación para la salud es responsabilidad de todos y cada uno de los miembros del Equipo de Salud que la desarrollaran tanto durante la actividad cotidiana como en aquellas actividades específicas dentro de cada uno de los programas.

De acuerdo a las recomendaciones de los expertos sugieren como medidas generales: Educar sobre la modificación de estilos de vida y eliminación de hábitos no saludables, además de transmitir la importancia de controles y adherencia al tratamiento farmacológico.

Todo paciente con ACV debe recibir educación y consejo en relación con los factores del estilo de vida que pueden reducir su riesgo de recurrencia

## **Taller de Adherencia Farmacológica**

Este taller se realizará por la Químico Farmacéutico del Cesfam Violeta Parra, La adherencia terapéutica se define como el grado de coincidencia del comportamiento de un paciente en relación a los medicamentos que debe tomar, el seguimiento de una dieta o los cambios que ha de hacer en su estilo de vida, con las recomendaciones de los profesionales de la salud. Resalta sobretodo la participación activa del paciente en la toma de decisiones, es decir le hace protagonista de su propia salud, resulta imprescindible, por tanto que el paciente asuma el papel de enfermo crónico y ponga en marcha todos los cambios que serán necesarios para lograr un adecuado ajuste a la enfermedad.

## **Visitas domiciliarias integrales**

Actividad que se realizará por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio de una familia, con el objetivo de establecer una integración con uno o más miembros y su entorno para conocer su medio ambiente y darles apoyo para enfrentar problemas bio-psicosanitarios, en el marco de una relación asistencial continua e integral, que debe ser la característica del quehacer en la atención primaria. Se podría agregar que tiene un componente centrado en las acciones de fomento, protección, recuperación y/o rehabilitación de la salud

## **Actividades para la Comunidad.**

A continuación se detallan actividades que se desarrollara en beneficio de la comunidad que tendrá como finalidad dar a conocer los factores de riesgo del ACV, sus cuidados y estilos de vidas saludables-

- Talleres educativos de Promoción de Salud.
- Talleres de actividad física.
- Reuniones interactivas y/o consultivas, con grupos específicos.
- Talleres preventivos en población con factores de riesgo cardiovascular

#### 4.4.3. Canasta de Prestaciones para paciente post ACV en Cesfam Violeta Parra

El CESFAM Violeta Parra es un establecimiento dependiente del Servicio de Salud Ñuble, quienes a su vez dependen del Ministerio de Salud. Al igual que todas las instituciones gubernamentales se cuenta con un presupuesto anual, el cual es factible que sufra modificaciones durante su vigencia de ser necesario. Este brinda los lineamientos máximos de gasto para cada año dividido en tres grupos: RRHH el cual alcanza a \$2.347.552.000, Bienes y servicios de Consumo \$1.284.115.000 e Inversiones \$8.000.000 para el año 2014. El presupuesto asignado se financia a través de tres vías:

**Fondos Provenientes de FONASA** Los cuales alcanzan en promedio 98% del total de su financiamiento. En términos teóricos los ingresos por este motivo corresponden a la producción realizada por el establecimiento e informada al FONASA, o dicho de otra forma, es posible señalar que es el cobro que se por todas las prestaciones realizadas a los usuarios pertenecientes al Fondo Nacional de Salud, cotizantes que tiene derecho a atención gratuita en el establecimiento independiente de su tramo previsional.

A continuación se presenta el detalle de una canasta de prestaciones para estimar el costo que puede generar la incorporación del plan de intervención integral en el Cesfam Violeta Parra.

Esta canasta se realiza por paciente y se estima su costo anual de acuerdo a prestaciones que se entregaran tanto médicas como farmacológicas.

A continuación se presenta tabla que incorpora a los profesionales del equipo multidisciplinario, se detalla la frecuencia, el tiempo utilizada por cada atención y su costo anual.

**Tabla N°: 9**

PRESTACION	Nº Veces por Año	Tiempo Utilizado	Valor Hora	Costo 1 Atención	Costo Anual
MEDICO	4	30	12.000	6.000	24.000
NUTRICIONISTA	4	30	5.670	2.835	11.340
ENFERMERA	4	30	5.670	2.835	11.340
KINESIOLOGO	12	30	5.670	2.835	34.020
FONOAUDIOLOGO	12	30	5.670	2.835	34.020
PSICOLOGO	12	30	5.670	2.835	34.020
ASISTENTE SOCIAL	4	30	5.670	2.835	11.340
QUIMICO FARMACEUTICA	4	30	12.000	6.000	24.000
TECNICO PARAMEDICO	3	30	2.650	1.325	3.975
MEDICINA COMPLEMENTARIA ( ACUPUNTURA)	4	30	6.000	3.000	12.000

Total R.R.H.H.

200.055

**Fuentes: Elaboración propia**

El costo Anual en relación a las prestaciones otorgadas por profesionales de la Salud corresponde a \$ 200.055.

Los profesionales que se incorporaron son los que los expertos recomendaron para conformar el equipo multidisciplinario.

Esta canasta de prestaciones se basa en los valores que actualmente paga el Cesfam Violeta Parra por hora a sus profesionales, el valor pagado por hora se calcula en base al promedio de financiamiento que tiene los programas y a la regulación del mercado para Chillán en relación a cada tipo de profesionales, el valor corresponde al año 2014.

A continuación se detallan los medicamentos del tratamiento farmacológico, la frecuencia y su costo anual.

**Tabla N°: 10**

Medicamento	Codigo	Valor	Cantidad por Día	Cantidad por Mes	Cantidad por Año	Costo Anual
ASPIRINA 100 MG	214-0110	2	2	60	720	1.440
ATROVASTATINA 20 MG	213-2600	19	2	60	720	13.680
LOSARTAN 50 MG	214-7301	14	1/4	7.5	90	1.260
Total Medicamentos						16.380
<hr/>						
Costos Directos Totales						216.435

**Fuentes: Elaboración Propia**

Los valores de los medicamentos obtuvieron de la base de datos de compras del Cesfam Violeta Parra, estos valores son licitados para el año, razón por lo cual, no se producen diferencias, la base de costos corresponde al año 2014.

Los medicamentos que se observan en la canasta es aquel que se indica post alta hospitalaria a los pacientes con ACV para continuar su tratamiento en la atención primaria.

**4.4.4. Indicador como elemento de medición.**

Es necesario monitorear en forma sistemática y planificada, el grado de cumplimiento del procedimiento intervención oportuna a los pacientes dados de alta por ACV para evaluar si el desempeño cumple con los niveles esperados de calidad de servicio o captar situaciones que se desvían de lo previsto o sean problemáticas y poder efectuar medidas correctoras a tiempo como mejora continua de la calidad de atención.

Se establece un indicador el cual será monitoreado en forma trimestral para conocer el porcentaje de pacientes que fueron intervenidos post ACV.

$\frac{\text{Nº de Pacientes con ACV intervenidos durante el trimestre}}{\text{Nº Total de pacientes informados de ACV en el trimestre}} \times 100$
--

Este indicador será medido por el Jefe del Programa Cardiovascular, el cual servirá para contribuir a la meta de gestión ministerial la cual consiste en que estos pacientes deben ser citados con médico en APS dentro de 60 días desde el alta hospitalaria.

El porcentaje óptimo será de 90-100 %, si este no se cumple se implantarán planes de mejora para lograr el objetivo.

#### 4.4.5. Flujograma Plan de Intervención Integral

A continuación se detalla flujograma de derivación y atención al paciente con Accidente Cerebro Vascular.

Nº	Unidad	Responsable	Flujo	Descripción
1	AUGE	Jefe Unidad	OFICINA AUGE	Recepcion de Contrareferencia desde el HCHM
2	Sector	Coordinador de Sector	SECTOR INSCRITO PACIENTE	Se revisa y envia Contrareferencia a Coordinador de Sector para gestion de citacion a medico y posterior ingreso al Programa de Salud Cardiovascular.
3	Sector	Medico	MEDICO	Continua tratamiento farmacologico indicado por Especialista.
4	Sector	Medico	MEDICO	Evaluacion daño del ACV y riesgos derivacion al Equipo Multidisciplinario
4	Sector	Equipo Multidisciplinario	KINESIOLOGO-ASISTENTE SOCIAL- PSICOLOGO-FONOAUDIOLOGO- NUTRICIONISTA-ENFERMERA-QUIMICO FARMACEUTICO-TENS	Profesionales encargados de atender a pacientes de acuerdo a su necesidad y en el periodo que se recomienda para su recuperación.
4	Farmacia	Jefe de Farmacia	FARMACIA	Realiza entrega de medicamentos según indicacion Medica.
5	Sector	Jefe Programa PSCV	SEGUIMIENTO	Paciente continua en Seguimiento de acuerdo a Guias Clinicas.

**Fuentes: Elaboración Propia**

## CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos propuestos y tomando en consideración el estudio realizado , el análisis e interpretación de los datos observados para el diseño del planteamiento propuesto a continuación se presentan las conclusiones más importante del presente trabajo.

1. De acuerdo al estudio realizado se pudo observar que las enfermedades cardiovasculares, las isquémicas del corazón y cerebrovasculares son la principal causa de muerte en Chile y segunda en la Provincia de Ñuble.

En la provincia de Ñuble el 30% de casos de ACV agudos es en personas mayores de 80 años, lo que preocupa bastante ya que estas personas en su gran mayoría, no cuentan con recursos para adaptar su vida y rutina diaria a una incapacidad física, teniendo que adaptar su diario vivir a una dependencia parcial o total de otras personas.

2. El análisis estadísticos de datos permitió caracterizar a la población con Accidente Cerebro Vascular del Cesfam Violeta Parra, la cual se caracteriza por ser una población adulta mayor de 65 años y más, rango donde se presenta una mayor cantidad de casos, pero también se observó otro grupo relevante, es el que se encuentra entre los 46 y 64 años que también registra una considerable cantidad de pacientes con ACV, de acuerdo al estudio de los pacientes que cursaron ACV en el Cesfam Violeta Parra el sexo no es un factor de riesgo porque en ambos grupos se observan una cantidad similar de ACV.
3. Las estrategias implementadas en el Plan de Intervención Integral tienen un enfoque integral e interdisciplinario el cual busca disminuir la incidencia de las complicaciones prevenibles, apoyar e integrar al paciente y a su familia en proceso de tratamiento, disminuir el grado de discapacidad, y optimizar los resultados funcionales y la reintegración social.

4. Entre un 40% a un 50% de las personas que sufren accidentes cerebrales tienen secuelas que van a requerir algún grado de apoyo. Por ello el Plan de Intervención Integral está compuesto por distintos profesionales de la Salud tales como médicos, enfermeras, kinesiólogos y fonoaudiólogos, un equipo que a través de diversas terapias y técnicas colabora en la rehabilitación para conseguir una situación funcional, familiar y social lo más próxima a la que el paciente tenía previo al accidente cerebrovascular.

## RECOMENDACIONES

1. Realizar un protocolo de derivación e intervención para los pacientes con Accidente Vascular que sea conocido por todo el Equipo de Salud.
2. Mantener un monitoreo permanente que permita identificar los indicadores con bajo cumplimiento para establecer planes de mejoras que permitan intervenir a la totalidad de los pacientes con ACV del Cesfam Violeta Parra.

## BIBLIOGRAFIA

1. Minsal (2003). Resultados encuesta de salud. Departamento de Epidemiología Ministerio de Salud y Departamento de Salud Pública.
2. Minsal (2008). Manual de Acreditación de Prestadores Institucionales. Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Chile.
3. Minsal (2010) Guía Clínica Accidente Vascular Santiago: Minsal, 2010.
4. Revista médica de Chile versión impresa ISSN 0034-9887, Revista médica Chile v.129 n.1 Santiago ene. 2001.
5. Jadue L, Vega J, Escobar MC y colaboradores. Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles: Método y Resultados del Programa CARMEN. Revista Médica Chile 1999; 127(8):1004-13.
6. Salinas, Judith Y Vio, Fernando. 2003. Promoción de salud y actividad física en Chile: política prioritaria. Revista Panamericana de Salud Pública 14: 281-288.
7. Situación y atención de la salud en Chile. 1992. Tarjeta de presentación, Serie de Documentos, Ministerio de Salud, República de Chile.
8. Bazton JJ, Perez-Martinez DA, Fernández-Alonso M, Aguado-Ortego R, Bellando-Alvarez G, de la Fuente-Gonzalez AM. Factores pronósticos de recuperación funcional en pacientes muy ancianos con ictus. Estudio de seguimiento al año. Rev Neurol. 2007; 44(10):77-8

9. Alvarez-Sabín J, de Leciñana MA, Gállego J, Gil-Peralta A. Plan de atención sanitaria enfermedad cerebrovascular. *Neurología*. 2006; 21(10):717-26.
10. Illanes S, Díaz V. Manejo inicial del accidente cerebrovascular isquémico agudo: los detalles hacen la diferencia. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2008; 19(2):119-26.
11. Baztán JJ, Pérez-Martínez DA, Fernández-Alonso M, Aguado-Ortego R, Bellando-Álvarez G, de la Fuente-González AM. Factores pronósticos de recuperación funcional en pacientes muy ancianos con ictus. Estudio de seguimiento al año. *Rev Neurol*. 2007; 44(10):77-83.
12. Díaz-Veiga, P., Montorio, I. y Yanguas, J. (1999). Intervenciones con cuidadores de personas mayores. En M. Izal e I. Montorio (eds), *Gerontología Conductual. Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Síntesis.
13. Fernández Braña S. Factores psicosociales presentes en la tercera edad. *Rev Cubana Higiene y Epidemiología* 2001; 29(2):77-81.
14. Fuillerat R. Efectividad de una estrategia de comunicación social en salud en la acción primaria de salud [CD-ROM]. La Habana: SOFCAL; 2004 (Memorias de la IV Conferencia Internacional de Psicología de la Salud Psicosalud 2004).”

**ANEXOS N°1**

**Servicio de Salud Ñuble INFORME DE VALORIZACIÓN POR BODEGA**  
**Sección Abastecimiento**

**ESTABLECIMIENTO:** CONSULTORIO VIOLETA PARRA  
**BODEGA :** BODEGA DE FARMACIA

Pag 1 - 51.-

<i>NOMBRE DEL PRODUCTO</i>		<i>CODIGO</i>	<i>UNIDAD</i>		<i>VALOR</i>
ATORVASTATINA 20 MG		213-2600	COMPRIMIDO	\$	19
ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG		214-0110	COMPRIMIDO	\$	2
LOSARTAN 50 MG		214-7301	COMPRIMIDO	\$	14

## ANEXO N°2



### VALORES POR HORA A PAGAR POR HONORARIOS CESFAM VIOLETA PARRA 2014

Profesional	Valor por Hora
Médico	12.000
Odontólogo	12.000
Q. Farmacautico	12.000
Enfermera	5.670
Matrona	6.100
Nutricionista	5.670
A. Social	5.670
Kinesiólogo	5.670
Psicólogo	5.670
Fonoaudiólogo	5.670
Acupuntura	6.000
Parvularia	5.670
TENS	2.650
Administrativo	2.400

### ANEXO N°3

#### ENTREVISTA

El presente cuestionario tiene por objetivo identificar estrategias para la incorporación al PSCV del Cesfam Violeta Parra para pacientes que cursaron Accidente Cerebro Vascular.

El mejorar la Gestión tanto pública como privada, ha sido uno de los ejes de la Universidad del Bio Bio, es por ello que al realizar nuestro trabajo de seminario y con el fin de enriquecer nuestro estudio, solicitamos a usted contestar el siguiente cuestionario, cuya información sólo será utilizada con fines académicos y de carácter estrictamente reservado, el cual no le tomara más de 10 minutos.

				Fecha		12	2014	Folio	
Edad		Sexo	H	M	Comuna				

Nombre del entrevistado/a	
Profesión/Oficio	
Cargo/Ocupación	

1. ¿Cuál es el objetivo de la intervención post alta hospitalaria de los pacientes con ACV?
2. ¿Cuáles son los plazos de recuperación post ACV?
3. ¿Cuándo iniciar la intervención?
4. ¿Quiénes deben formar parte del equipo de intervención integral?
5. ¿Cómo organizar el plan de intervención del paciente post ACV en la Atención Primaria?

### ANEXO N°4

**Nominas Pacientes CON ACV Cesfam Violeta Parra 2009-2013**

Fecha del Informe	RUNdelPaciente	Problema de Salud/Subproblema
19-01-2009	3246735-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-01-2009	1675266-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-01-2009	3588472-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-01-2009	3651570-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-01-2009	3734714-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-01-2009	2739170-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-01-2009	6455944-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-01-2009	6845612-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-02-2009	4239263-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-02-2009	4833093-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-02-2009	4549700-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-02-2009	2862776-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
31-01-2009	2876824-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-03-2009	17129889-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-03-2009	2725402-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-03-2009	7457769-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-03-2009	3588472-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-04-2009	5176613-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-04-2009	2806032-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
13-04-2009	2045104-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-04-2009	7210593-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-04-2009	4619983-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

24-04-2009	13858646-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
30-04-2009	5265006-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-04-2009	3501180-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-05-2009	10532679-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-04-2009	3659065-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-05-2009	6657404-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-05-2009	5407331-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-05-2009	6292849-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-05-2009	8107903-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-05-2009	8607118-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
02-06-2009	4231316-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-06-2009	10132693-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-05-2009	7526221-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-06-2009	4909914-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-06-2009	4910447-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-07-2009	2407402-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-07-2009	2868305-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-07-2009	4793313-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-07-2009	5877540-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-07-2009	3115806-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-07-2009	6012577-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
19-07-2009	2783102-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-07-2009	2876824-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
31-07-2009	5548053-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-08-2009	4710472-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

05-08-2009	749197-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-08-2009	3697653-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-08-2009	4876122-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-08-2009	1857682-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-08-2009	4066450-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-08-2009	3371227-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-08-2009	10604036-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-08-2009	749197-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-09-2009	5856169-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-09-2009	4880526-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-09-2009	2711338-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-09-2009	5067017-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-09-2009	3043059-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-10-2009	8264415-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-11-2009	3675708-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
19-11-2009	1873318-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-12-2009	5065428-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-12-2009	2660274-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-12-2009	4231798-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-12-2009	3857483-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-12-2009	4806352-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-12-2009	3915428-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-12-2009	3570555-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-12-2009	3560009-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-01-2010	8691310-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

03-01-2010	3972341-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-01-2010	4719755-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-01-2010	3889473-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-01-2010	5095046-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-01-2010	3912081-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
26-01-2010	3693909-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-01-2010	4626593-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-02-2010	3614440-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-02-2010	4173098-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-02-2010	4805479-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-02-2010	3053089-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-02-2010	2965119-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
26-02-2010	3915373-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
25-02-2010	3275415-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-03-2010	2965194-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-03-2010	8094437-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-03-2010	7092991-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-03-2010	4626791-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-03-2010	6142259-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-03-2010	8228487-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-03-2010	3776147-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-03-2010	5994804-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-04-2010	4652640-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-04-2010	4201852-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-04-2010	5921270-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

12-04-2010	10848721-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-04-2010	2375353-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-04-2010	11394177-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
14-04-2010	2725402-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
19-04-2010	3774255-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-04-2010	15875399-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-05-2010	6773434-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-05-2010	8605022-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-05-2010	3850655-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-05-2010	4473304-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-05-2010	4656813-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-05-2010	2337007-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-05-2010	1358536-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-05-2010	5942343-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-06-2010	4026854-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-06-2010	6479925-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-06-2010	3883208-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-06-2010	14265393-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
11-06-2010	1180018-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
14-06-2010	8473673-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-06-2010	2600276-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-06-2010	5119365-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-06-2010	2445819-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-07-2010	3422025-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-07-2010	3937049-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

31-07-2010	5157105-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-07-2010	5188070-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-07-2010	3348727-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-08-2010	5556981-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-07-2010	6425759-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-08-2010	7905093-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-08-2010	3931916-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-08-2010	3252592-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-08-2010	3538875-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-08-2010	4348938-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-08-2010	4165575-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-08-2010	2842174-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-08-2010	5040264-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-09-2010	11808458-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-09-2010	7222248-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-09-2010	5832215-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-09-2010	10509881-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
14-09-2010	5428142-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
14-09-2010	6319410-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-09-2010	7597939-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-09-2010	10769714-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-09-2010	2992581-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-09-2010	3851858-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-10-2010	12550213-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-10-2010	6964328-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

23-10-2010	7802840-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-11-2010	5372131-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
13-11-2010	3601917-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-11-2010	5588813-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-11-2010	2842174-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-11-2010	3754655-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-11-2010	5978793-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-11-2010	2291124-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-12-2010	6964276-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
30-11-2010	2376195-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-12-2010	6432002-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-12-2010	5492881-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-12-2010	6113609-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-12-2010	6769685-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-01-2011	5828507-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-01-2011	5568140-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-02-2011	2852318-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
14-02-2011	5518902-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-02-2011	5921270-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
11-02-2011	4923799-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-02-2011	3502263-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-02-2011	6261116-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-02-2011	5000094-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-02-2011	3072166-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-03-2011	4927945-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

10-03-2011	4396486-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
30-03-2011	10668358-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
19-04-2011	6716384-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-04-2011	6090142-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
30-04-2011	5771249-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-05-2011	8305209-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-05-2011	2143080-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-05-2011	2682078-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-05-2011	6924093-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-05-2011	5908079-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-05-2011	1910199-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-05-2011	7221371-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
30-05-2011	10073788-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
02-06-2011	5998828-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-06-2011	5014757-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
02-07-2011	6160224-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-07-2011	4359927-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-07-2011	4119375-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-07-2011	6049564-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-07-2011	3418465-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
25-07-2011	3693909-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-07-2011	4311719-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-07-2011	2566236-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-08-2011	3865212-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
11-08-2011	11177891-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

14-08-2011	3373305-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-08-2011	4028140-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-08-2011	5685326-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-09-2011	5900838-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
02-09-2011	4712737-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-09-2011	2366170-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-09-2011	8447011-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
14-09-2011	5126719-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-09-2011	4446768-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-09-2011	4537723-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-09-2011	4836547-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-09-2011	4115139-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
26-09-2011	11150618-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-09-2011	3254030-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-09-2011	4838762-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-09-2011	3344375-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-10-2011	2271212-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-10-2011	3492161-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-10-2011	3606099-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-10-2011	8506535-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-10-2011	179883-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-10-2011	6635490-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
11-10-2011	7456922-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
14-10-2011	4391030-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-10-2011	4790304-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

16-10-2011	3912207-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-10-2011	5139165-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-10-2011	4024978-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
19-10-2011	4089912-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-10-2011	5388098-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-10-2011	6123645-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-10-2011	3366766-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-10-2011	3371227-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-10-2011	4419144-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-12-2011	3299469-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-12-2011	6374755-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
19-12-2011	12376703-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-12-2011	7591402-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-12-2011	2311820-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-12-2011	6883202-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-12-2011	4775675-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-01-2012	7340837-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-01-2012	2606346-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-01-2012	7525588-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-01-2012	3792914-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-01-2012	4838868-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
19-01-2012	2510457-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-01-2012	6410399-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-02-2012	4118103-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-02-2012	1554605-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

01-02-2012	6777691-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-02-2012	10107891-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-02-2012	8159475-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-02-2012	3655758-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-02-2012	3583805-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-02-2012	5089890-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
02-03-2012	9912724-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-03-2012	7272786-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-03-2012	4151837-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
13-03-2012	3643798-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-03-2012	4573888-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-03-2012	5858989-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
19-03-2012	4444078-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-03-2012	2018116-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-03-2012	10005798-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-03-2012	7611445-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
25-03-2012	11536202-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-03-2012	6299686-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
26-03-2012	4116344-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-03-2012	2266864-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-05-2012	4378058-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-05-2012	7304358-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-05-2012	1639688-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
02-05-2012	4900689-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-05-2012	5004838-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

14-05-2012	4083000-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-05-2012	4623662-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-05-2012	1792376-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-05-2012	4515281-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
26-05-2012	4110060-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-05-2012	5387537-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-05-2012	4954336-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
31-05-2012	5821938-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-05-2012	4511466-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-05-2012	6671634-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-05-2012	8442552-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
31-05-2012	5821938-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-05-2012	6671634-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-05-2012	8442552-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-07-2012	10657816-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-07-2012	6605498-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-07-2012	8484222-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-07-2012	6464408-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-08-2012	7357279-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-08-2012	4419474-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-08-2012	3917662-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-08-2012	6671507-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-08-2012	5350871-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-08-2012	6773434-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-08-2012	4953415-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

25-08-2012	3371227-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-08-2012	3341616-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-09-2012	5751963-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-09-2012	6168672-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-09-2012	10722002-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-09-2012	1863609-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-09-2012	3279914-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-09-2012	4658849-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-09-2012	3798127-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-09-2012	2625986-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-09-2012	8558692-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-09-2012	4414423-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-09-2012	8463870-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
30-09-2012	5067017-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-10-2012	4246766-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-10-2012	3054007-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-10-2012	2178488-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-10-2012	3523910-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-10-2012	2604695-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-10-2012	4246766-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-10-2012	3054007-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-10-2012	2178488-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-10-2012	3523910-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-10-2012	2604695-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-10-2012	5890426-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

22-10-2012	5288009-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-10-2012	6131214-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
25-10-2012	6845609-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
26-10-2012	7585997-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-10-2012	4301922-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-11-2012	3605554-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-11-2012	4279093-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-11-2012	12549086-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-11-2012	2002572-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-11-2012	4546372-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-11-2012	8367332-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-11-2012	3610349-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-12-2012	3629179-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-12-2012	4545782-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-12-2012	4280835-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-12-2012	4923799-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-12-2012	2785583-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-12-2012	2752854-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-12-2012	4837316-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
11-12-2012	5950060-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
13-12-2012	4414419-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-12-2012	7820109-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-12-2012	7020591-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-12-2012	3251507-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
25-12-2012	3755758-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

03-04-2012	5688903-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-04-2012	2376392-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-04-2012	2981406-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-04-2012	5255308-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-04-2012	4379604-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-04-2012	3392235-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-04-2012	8279214-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-04-2012	6730914-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
26-04-2012	2588427-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-04-2012	3444704-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-04-2012	7612683-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-04-2012	3810980-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-06-2012	2814542-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-06-2012	5763322-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
14-06-2012	4319935-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
14-06-2012	4379608-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-06-2012	3830778-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-06-2012	5804160-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-06-2012	4917708-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-06-2012	4811479-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-06-2012	6906743-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
25-06-2012	5004851-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-06-2012	5699882-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-06-2012	2530125-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
02-01-2013	2804751-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

11-01-2013	4219912-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-01-2013	5610413-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
06-02-2013	8446864-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-02-2013	3991002-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-02-2013	5388566-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-02-2013	1893145-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
25-02-2013	5755522-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-03-2013	12377890-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-03-2013	2576889-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-03-2013	1668652-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-03-2013	13859748-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
25-03-2013	3653957-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-03-2013	5416305-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
30-03-2013	3776143-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-04-2013	9162706-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-04-2013	2763353-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-04-2013	16784052-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-04-2013	3092563-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-04-2013	3537418-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-05-2013	8774956-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-05-2013	2407996-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-05-2013	3375783-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-05-2013	4061506-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-05-2013	5057959-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-05-2013	2296263-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

18-05-2013	5447208-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-05-2013	4760722-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
24-05-2013	7374450-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-05-2013	3915458-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
31-05-2013	9953115-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-06-2013	8227370-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-06-2013	3177306-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-06-2013	3969795-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-06-2013	1441587-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
14-06-2013	4501790-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-06-2013	6730896-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-06-2013	4621394-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
16-06-2013	5466262-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-06-2013	2216935-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
26-06-2013	3739004-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
26-06-2013	3548488-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-06-2013	16782526-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-07-2013	5216765-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-07-2013	5411558-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-07-2013	3602701-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
02-07-2013	5942346-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
11-07-2013	4311719-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
12-07-2013	2705907-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-07-2013	2216935-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-07-2013	20045-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

26-07-2013	4954336-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
28-07-2013	6908379-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
29-07-2013	4112733-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
01-08-2013	7170923-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-08-2013	4272935-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-08-2013	2748089-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-08-2013	2620516-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-08-2013	5116796-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-08-2013	5116796-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
13-08-2013	2748089-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-08-2013	8790686-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-08-2013	3972341-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
19-08-2013	4514808-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-08-2013	3173017-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-08-2013	7667788-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
22-08-2013	6276934-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-08-2013	4383235-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
23-08-2013	8985481-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
26-08-2013	4357031-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-08-2013	3954069-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-08-2013	5353622-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
31-08-2013	3591111-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
04-09-2013	7960996-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-09-2013	2509758-0	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
15-09-2013	6671634-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

26-09-2013	5261463-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-09-2013	2478927-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
03-10-2013	3887233-8	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-10-2013	3673662-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-10-2013	9526482-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
21-10-2013	8638132-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-10-2013	3881217-3	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-10-2013	3087040-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
05-11-2013	4242016-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
07-11-2013	5677588-9	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
08-11-2013	5987395-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
09-11-2013	5178221-6	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-11-2013	5288009-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
10-11-2013	5290573-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
13-11-2013	5809000-K	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-11-2013	5260890-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-11-2013	2760508-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
19-11-2013	4236466-5	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
25-11-2013	8415121-1	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
27-11-2013	4545787-7	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
17-12-2013	4518678-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
18-12-2013	3534123-4	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}
20-12-2013	3814545-2	Accidente Cerebrovascular . {decreto nº 228}

