



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**“DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA, EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE
ENFERMERAS/OS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE, 2017”**

Autores:

AEDO AQUEVEQUE PAULINA JOCELYN
CALDERÓN PALACIOS LUISA EVELYN
ESPINOZA LÓPEZ GIOVANNA ANDREA
ESPINOZA SALVO PAULA JAZMÍN

Profesor guía Tesis: EU/MG. Henríquez Melgarejo Aurora del Carmen

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

CHILLÁN 2017

AGRADECIMIENTOS.

En primera instancia agradecemos a nuestra familia y amigos, por entregarnos apoyo, motivación, paciencia y comprensión en los momentos difíciles, y a lo largo de todo este proceso que en muchas ocasiones fue agotador pero enriquecedor.

De igual forma agradecemos a nuestra docente guía Sra. Aurora Henríquez Melgarejo por acogernos, entregarnos sus conocimientos y su ayuda para superar los obstáculos que se presentaron en el trayecto, además por su motivación y preocupación constante.

También agradecemos al profesor Sr. Miguel Ángel López, quien nos brindó asesoramiento estadístico, por su paciencia y entusiasmo.

A los docentes Dra. Sra Carmen Luz Muñoz Mendoza y al Dr. Sr. José Leiva Caro, por su orientación académica durante la primera etapa de la investigación.

A los profesionales expertos en Salud Familiar que hicieron posible la validación del cuestionario.

A los directores de CESFAM y a los profesionales que aceptaron ser parte de esta investigación de manera desinteresada, sin ellos este estudio no podría haberse llevado a cabo con éxito.

En fin, gracias totales.

Paulina Aedo Aqueveque

Luisa Calderón Palacios

Giovanna Espinoza López

Paula Espinoza Salvo

RESUMEN.

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria surge con el fin de potenciar la estrategia de Atención Primaria de Salud y cambiar el modelo de atención biomédico a un enfoque biopsicosocial.

Objetivo: Describir el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y las características sociodemográficas, académicas y laborales de los profesionales de enfermería que laboran en APS en la provincia de Ñuble.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal sobre una muestra de 33 enfermeros/as. Se administró un “Cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, creado por las autoras, validado previamente por contenido y prueba piloto. Consta de 28 ítems basados en 3 constructos: centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado. Los datos fueron procesados con el software estadístico SPSS v.15.

Resultados: La validación lingüística del instrumento muestra un α -Cronbach global de 0,927 de fiabilidad por consistencia interna. Se obtuvo una media de $4,37 \pm 0,48$ puntos para la dimensión “centrado en las personas”; $4,31 \pm 0,54$ puntos para “integralidad” y $4,26 \pm 0,51$ puntos para “continuidad del cuidado”.

Conclusión: Los enfermeros de APS de la provincia de Ñuble, presentan un suficiente conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo. Los 3 principios promedian sobre 4 puntos, siendo el constructo “centrado en las personas” el más conocido y/o aplicado y la dimensión “continuidad del cuidado” el menos conocido y/o aplicado.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud, Integralidad en Salud, Continuidad de la atención al paciente, Enfermeros.

ÍNDICE.

I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	3
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.	5
1.4 PROBLEMATIZACIÓN.	5
1.5 MARCO TEÓRICO.....	7
1.5.1 Evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a nivel mundial.....	7
1.5.2 Evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Chile.....	7
1.5.3 Enfermería en Atención Primaria de Salud.	9
1.5.4 Definición del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.	10
1.5.5 Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.....	11
1.6 MARCO EMPÍRICO.....	18
1.7 OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	21
OBJETIVO GENERAL.	21
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	21
II. MÉTODOS.	23
2.1 TIPO DE DISEÑO.	23
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.	23
2.3 MUESTRA.	23
2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	23
2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.	23
2.6 LISTADO DE VARIABLES.	24
2.7 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	25
2.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.	26
2.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	27
2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.	27
III. RESULTADOS.....	28
IV. DISCUSIÓN.....	39

V. BIBLIOGRAFÍA.	50
VI. ANEXOS.	63
ANEXO 1. Definición conceptual y operacional de variables.....	63
ANEXO 2. Cuestionario autoaplicable de antecedentes sociodemográficos, académicos y laborales.	66
ANEXO 3: “Cuestionario autoaplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”.	68
ANEXO 4: Consentimiento informado.....	71
ANEXO 5: Certificación de comité de bioética de Universidad del Bío-Bío.....	74
ANEXO 6: Solicitud de Autorización.	75

I. INTRODUCCIÓN.

A nivel global, las variaciones demográficas y socioeconómicas han contribuido a largo plazo en cambiar los patrones de salud y enfermedad, dando lugar a la denominada transición epidemiológica, disminuyendo la mortalidad por enfermedades infecciosas, mejorando la esperanza de vida y asumen más importancia las enfermedades crónicas y degenerativas, por este motivo es necesario buscar nuevas estrategias para abordar los temas de salud; destacando a la salud pública como principal responsable de llevar a cabo dichas acciones (1).

Siguiendo la misma línea, es importante abordar la Atención Primaria en Salud (APS), dado su importante rol como principal ejecutor de las nuevas políticas de salud pública, respecto a este tema se destacan hitos relevantes; a nivel internacional, la Conferencia de Alma – Ata, en 1978, que fue coordinada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), donde se enfatizó que los problemas de salud se resuelven con una buena gestión de los recursos asignados, se instauró el enfoque de la APS y se pidió a todas las instituciones que asumieran ese compromiso, basado en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (2).

A nivel nacional, este nuevo concepto comienza a integrarse desde el año 1993, con el cambio de Consultorio a Centros de Salud, logrando abarcar una mayor cobertura en el año 2000 con el cambio de la Reforma Nacional de Salud (3). Luego se creó la ley de Autoridad Sanitaria N°19937, la que establece el funcionamiento de la red de salud nacional, implementando establecimientos de menor complejidad como los Hospitales Comunitarios de Salud Familiar (HCSF) (4). Posteriormente, en el año 2005 se aborda el Modelo de Atención Integral en Salud y en el 2008 se realiza la transformación a Centros de Salud Familiar (CESFAM) y se establece el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, donde se presenta una nueva forma de acción sanitaria; en lo referente al modelo, en sus inicios fue muy abstracto en cuanto a sus conceptos, con el paso del tiempo se fueron concretando sus acciones hasta enfocarse en tres principios claves e

irrenunciables que guían su aplicación, éstos son: centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado (5). Es decir, que la responsabilidad de la salud sea compartida entre el equipo de salud, los usuarios, sus familias y la comunidad, donde se debe entregar un cuidado continuo, que proporcione las prestaciones necesarias durante todo el ciclo vital, tanto a nivel intramural como extramural, y, por último, que la atención brindada sea de manera integral con enfoque biopsicosocial (6).

Este modelo debe aplicarse en todos los establecimientos de APS, otorgando cobertura nacional, de esta forma hasta el año 2012 el país contaba con 1922 centros de atención primaria, dividiéndose en 1168 Postas de Salud Rural (PSR), 417 CESFAM, 166 Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), 73 Centros de Salud Mental (COSAM) y 98 HCSF (7), abarcando hasta el año 2016 un total de 12.271.948 beneficiarios (8). Mientras que la provincia de Ñuble posee actualmente 57 PSR, 28 CESFAM, 6 CECOSF, 5 HCSF y 2 COSAM, los cuales están distribuidos en zona urbana y rural, para cubrir el total de la población provincial (9), que corresponde a 438.103 usuarios (10).

En cuanto a los profesionales que se desempeñan en APS, el equipo multidisciplinario está compuesto por médicos, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, entre otros, siendo de interés en este estudio el profesional de enfermería, quien realiza sus actividades en base a los 4 roles fundamentales que guían esta disciplina: gestión, investigación, asistencia sanitaria y educación, destacando este último como una de las herramientas básicas más importantes para la promoción de la salud y el autocuidado de las personas (11). De igual manera la enfermería aborda en APS distintas atenciones a través de todo el ciclo vital, las que se clasifican en: programa de salud del niño, programa de salud del adolescente, programa del adulto y adulto mayor (12).

Según las estadísticas de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) realizadas en el año 2012, el país cuenta con 4,2 enfermeros/as por cada 1.000 habitantes (13), no obstante, la dotación de enfermero/as es de 2,9 por cada 10.000 beneficiarios de APS (14).

En concordancia con lo anteriormente expuesto, la presente investigación sostiene como objetivo principal la descripción del nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y las características sociodemográficas, académicas y laborales de los profesionales de enfermería que laboran en APS en la provincia de Ñuble.

1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.

Los sistemas de salud a nivel mundial están siendo sometidos a distintas transformaciones, con el objetivo fundamental de mejorar el nivel de salud de la población, uno de los cambios para llevar a cabo este cometido es el surgimiento del nuevo Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el cual tiene entre otros propósitos: disminuir las desigualdades y asegurar equidad de acceso a los servicios de salud (3). Desde los inicios hasta ahora se han instaurado aproximadamente 1922 establecimientos de APS a nivel nacional, los que deben abarcar una cobertura de 12.277.948 personas aproximadamente (8,9). Esta población es atendida por los diferentes profesionales que conforman el equipo de salud familiar, dentro de este ámbito y según estadísticas nacionales por cada 1000 habitantes existen 4,2 enfermeros/as para su atención (13), sin embargo, existen 2,9 enfermero/as por cada 10.000 beneficiarios de APS (14). En la provincia de Ñuble, la situación es similar ya que para 438.103 habitantes existen 160 enfermeros/as aproximadamente en centros de APS (15)

Actualmente existe un instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los establecimientos de atención primaria desarrollado por el Ministerio de Salud (MINSAL), pero no existe uno en relación al conocimiento y aplicación de este modelo y sus principios, por lo que es fundamental crear un instrumento para medir los aspectos ya mencionados(16). Tampoco se ha observado regulación específica en cuanto a la aplicación de sus principios por parte de los profesionales, es por esto que se ha evidenciado la necesidad de sistematizar este

proceso en función de acciones concretas que reflejen los principios de este modelo (5).

Por otro lado, en relación a la revisión bibliográfica se ha podido observar la existencia de estudios que evalúan la aplicabilidad del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte de los profesionales de psicología (17) y odontología (4). También existen análisis en relación a cómo fue la implementación de este modelo en un centro de Salud, específicamente en el Hospital Comunitario de El Carmen (18). Mientras que otras investigaciones se enfocan en estudiar la percepción de los trabajadores de los CESFAM en cuanto al modelo como lo son el CESFAM de Chiguayante (19) y el CESFAM Jean y Marie Thierry de Valparaíso (20). Además, existen estudios acerca de la percepción usuaria con respecto al modelo, realizados en el CESFAM de Puertas Negras (21), en la Parroquia San Fernando del sector Tambaló en Ecuador (22) y en los CESFAM de las comunas de La Florida y La Pintana (6).

1.2.1 IMPORTANCIA PARA LA ENFERMERÍA.

El profesional de enfermería cumple, entre otras funciones, un rol fundamental como agente promotor de la salud dada la constante interacción que mantiene con los usuarios a través de todo el ciclo vital, por ello y en concordancia con los postulados de la nueva reforma de salud y objetivos sanitarios en que se basa el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, es que se hace relevante estudiar la forma en que se lleva a la práctica este modelo en los centros de salud por parte de estos profesionales (23). Dada la inexistencia de investigaciones que orienten acerca de su aplicación y/o conocimiento, es que se hace necesario saber si los profesionales de enfermería que laboran en APS poseen los conocimientos necesarios y logran aplicarlos de acuerdo a lo estipulado en el modelo, lo que permitirá por una parte contribuir con el rol investigativo de la enfermería y por otro lado aportar datos relevantes para poder identificar las falencias u obstáculos que conlleva el implementar el modelo, el cual eventualmente podría necesitar de vigilancia o regulación para que se aplique tal y como se propone, con el fin de beneficiar

a los usuarios, sus familias y comunidad.

1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

¿Cuál es el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y las características sociodemográficas, académicas y laborales de los profesionales de enfermería que laboran en APS en la provincia de Ñuble?

1.4 PROBLEMATIZACIÓN.

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad, sexo), académicas (año de egreso, recepción de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, tipo de capacitación, años desde que realizó la capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria) y laborales (años trabajados en APS) de la población de estudio?
2. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y/o aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, según sus principios por parte del profesional de enfermería, en los centros de APS de la provincia de Ñuble?
3. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria según características sociodemográficas (edad, sexo), académicas (año de egreso, recepción de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, tipo de capacitación, años desde que realizó la capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria) y laborales (años trabajados en APS) en los profesionales de enfermería de los centros de APS de la provincia de Ñuble?
4. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y/o aplicación de la dimensión centrado en las personas del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte del profesional de enfermería, en los centros de APS de la provincia de Ñuble?

5. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y/o aplicación de la dimensión integralidad del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte del profesional de enfermería, en los centros de APS de la provincia de Ñuble?

6. ¿Cuál es el nivel de conocimiento y/o aplicación de la dimensión continuidad del cuidado del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte del profesional de enfermería, en los centros de APS de la provincia de Ñuble?

1.5 MARCO TEÓRICO.

1.5.1 Evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a nivel mundial.

A partir de la conferencia de Alma -Ata, realizada en 1978, la OMS comenzó a promover la APS como consecuencia de los cambios demográficos, sociales, epidemiológicos y los problemas de salud emergentes (24).

En dicha declaración se describe que la APS debe incorporar la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, junto con privilegiar la participación de las personas y comunidades, fomentar la responsabilidad en el cuidado de su salud, promover el trabajo en equipo y utilizar los recursos de forma eficiente; sin embargo, en el 2003 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recomienda una revisión, justificándose en los nuevos desafíos epidemiológicos, el desarrollo de conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la efectividad de la atención primaria (25).

Más tarde, en el año 2008, la OMS en su informe denominado La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca; establece que la APS base sus decisiones en cuatro orientaciones normativas que representan los principios básicos de la atención de salud, siendo éstas: cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas saludables y liderazgo (26).

1.5.2 Evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en Chile.

En el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley Nº4.054), la que estableció que los empleadores y obreros debían imponer de manera mensual a un fondo solidario, significando un compromiso del Estado para proporcionar atención de salud a todos los trabajadores, dando origen a la medicina social; más tarde, en el año 1952 se crea la Ley 10.383, la que definió el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público que se encarga de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención

de las enfermedades, curación y rehabilitación (25).

Lo anteriormente mencionado, llevó a los médicos del país a efectuar propuestas en relación a lo que sería definido como APS en un futuro, todo esto fue estipulado en el Plan de salud, atención médica y medicina social en el año 1964, documento que definió el concepto de atención integral, que debía ser eficiente y oportuna, considerando a la persona en el aspecto físico, psíquico y sociocultural, no centrada sólo en la enfermedad como hechos aislados (27).

Luego, en los años noventa se puso en marcha un proceso de reforma del sistema de salud, donde se consideró los cambios demográficos y epidemiológicos, como también, educacionales, familiares, comunitarios y sociales (18). Posteriormente en 1993, se comenzó a debatir de forma paulatina, la aplicación de una estrategia para la APS, a través de la creación y el desarrollo de sistemas comunales de salud, lo que se ve reflejado en la publicación del marco conceptual de Consultorio a Centro de Salud (3,4). Lo que aspiraba esta transformación era poner al servicio de las personas, un sistema de salud con enfoque integral, adaptado a sus necesidades, enfocado en la familia y la comunidad, centrado más en la prevención que en la recuperación de la salud (28).

Más adelante con la Reforma Sanitaria del año 2004, el MINSAL propone potenciar la estrategia de APS y cambiar el Modelo de Atención, de esta manera se incorporó el Modelo de Salud Familiar (MSF), el cual se basaba en un enfoque biopsicosocial con énfasis en las personas y su contexto familiar y social; siendo publicada ese mismo año la Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937, la que establece el funcionamiento de la red de salud nacional, incorporando establecimientos de menor complejidad como los centros de APS y Hospitales Comunitarios de Salud Familiar (18).

En el año 2005, se publica el documento llamado Modelo de Atención Integral en Salud, el cual fue consensuado por académicos, directivos y profesionales del sector de salud; más tarde en el 2008 se publica el documento llamado: En el camino a centro de salud familiar, el cual guía al equipo de salud para poder profundizar en este cambio, mediante el nuevo

concepto de salud familiar el que los lleva a trabajar con las familias, usar nuevas formas relacionales, poner al usuario y su salud al centro de su quehacer y a constituirse en el eje de desarrollo social, al transformarse en Centro de Salud Familiar y Comunitario (5).

Es así como los centros de APS constituyen el espacio físico en el que se establece una relación de continuidad entre un equipo de salud y sus familias a cargo, cuyo objetivo común es cuidar de las personas y familias, para mejorar su nivel de salud, es decir, el individuo o los miembros de la familia son atendidos en el proceso de salud y enfermedad mediante una relación personalizada, con alta capacidad resolutive, con enfoque familiar, biopsicosocial y preventivo (29).

1.5.3 Enfermería en Atención Primaria de Salud.

Desde los inicios en la APS se han ido produciendo diversos cambios tanto a nivel conceptual, como en la forma de prestar la atención a la población; pasando de ser puntual y centrada en la patología a tener un abordaje más integral, incluyendo a la familia y comunidad; estas modificaciones se inician con la creación de los equipos de APS, donde por primera vez se reconoce la consulta de enfermería, integrándose así en el equipo de profesionales que trabajan de forma autónoma, según lo establecido en la Ley de Sanidad de 1986 (28, 30).

El trabajo de enfermería en APS está enfocado en favorecer la gestión del cuidado en los niveles de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; las competencias asociadas a su labor se orientan a conocer y llevar a cabo los programas ministeriales dirigidos a niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, terminales y postrados (31). Entre ellos está: el programa de salud del niño (control niño sano, evaluación desarrollo psicomotor, sistema de protección integral de la primera infancia Chile Crece Contigo, atención a domicilio), programa de salud del adolescente (control de salud, educación grupal), programa del adulto y adulto mayor (examen de medicina preventiva del adulto y adulto mayor, consulta y control de enfermedades crónicas, educación grupal, atención a domicilio, curación de pie diabético) (12). Además debe manejar el sistema de vigilancia

epidemiológica y notificación de brotes, programa ampliado de inmunizaciones, norma técnica general sobre esterilización y desinfección de elementos clínicos, norma de aislamiento y manual de procedimientos, norma técnica N°124 sobre programas de prevención y control de infecciones asociadas a la atención en salud, conocimiento de patologías GES y el régimen de éstas, con énfasis en el manejo de aquellas relacionadas directamente con su ámbito de acción (31).

1.5.4 Definición del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

El modelo señala que la atención de salud debe ser un proceso continuo, centrado en el cuidado integral tanto de los usuarios como de sus familias, con el fin de entregarles las herramientas necesarias para que ellos puedan ejercer su autocuidado, enfocando la atención sanitaria en promover estilos de vida saludables, prevenir la aparición la enfermedad, y en caso de que los usuarios enfermen, éstos deben ser atendidos en las etapas tempranas de la enfermedad, con el fin de controlar su avance y evitar su progresión a fases y tratamientos más complejos (3). Además, se define como una guía de relación entre miembros de los equipos de salud con las personas, sus familias y la comunidad, donde las personas son el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural, siendo miembros activos en el cuidado de su salud y el sistema se organiza en cuanto a las necesidades de los usuarios, a través de una atención de salud integral, oportuna, de calidad y resolutive, considerando la participación social y la existencia de sistemas de salud indígena (5).

En la provincia de Ñuble, para mejorar la implementación del modelo, se creó la Planificación Estratégica 2015-2018, la cual consiste en mejorar la salud de la comunidad, desde la APS hasta los niveles más complejos, a través de distintos objetivos; fortalecer la continuidad de la atención con intervenciones de salud efectivas, oportunas, seguras y de calidad, gestionar eficiente y eficazmente los recursos, reforzar la participación de la comunidad en las intervenciones sanitarias y de gestión en la red asistencial, desarrollar integralmente el recurso humano en las distintas etapas del ciclo de vida laboral para el

cumplimiento de los objetivos de la red asistencial y la satisfacción de los usuarios/as (32).

1.5.5 Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

En el desarrollo histórico de la APS se han descrito distintos principios que sustentan el Modelo de Atención Integral en Salud, entre los cuales se encuentran: énfasis en lo promocional y lo preventivo, enfoque familiar, intersectorialidad, gestión de las personas trabajadoras de salud, calidad, uso de tecnología apropiada, participación en salud, centrado en la atención abierta; muchos de éstos pueden estar contenidos dentro de otro, es por esto que se utilizan los tres principios irrenunciables, que son: centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado(5).

a) Centrado en las personas.

El origen de este enfoque de atención es atribuido a la psicología humanista, específicamente a la obra de Carl Rogers, psicólogo estadounidense, denominada terapia centrada en el cliente; su propuesta principal se basa en que el individuo es un ser capaz de manejar constructivamente todos los aspectos de su vida, los que suelen ser reconocidos por la conciencia (33). Es decir, es el propio usuario la única persona que posee el conocimiento necesario sobre sí mismo y por tanto es capaz de utilizar esto como una herramienta clave, para poder realizar los cambios esenciales con el fin de dirigir su vida (34).

Más adelante, los aportes de Rogers fueron tomados por otros profesionales, como en el ámbito educativo, donde la educación es centrada en el alumno y en el área de la salud, donde la atención es centrada en el paciente (35).

Actualmente, el concepto alude a que las personas y sus familias presentan distintas necesidades que desean ser cubiertas por el sistema de salud, las que deben considerar cada caso en particular desde su aspecto biopsicosocial y cultural, para lo cual se debe establecer un modelo donde exista una estrecha relación entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la

salud, pero respetando los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios (5).

Los objetivos más relevantes de este principio son: establecer trato de excelencia, referido a tratar al usuario por su nombre , mirar a los ojos, demostrar empatía, no hacer ningún tipo de discriminación, respetar su privacidad y entregar la información completa sobre su diagnóstico y tratamiento (5,36); relaciones de confianza y de ayuda, lo que apunta a que el profesional forme una relación terapéutica con el paciente para que éste pueda afrontar de la mejor manera posible su estado de salud, mediante la empatía, la escucha activa, y la confidencialidad (5,37); facilitar el acceso a la atención de salud, es decir, que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a toda la población, a su vez, la accesibilidad se refiere a 4 aspectos: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información (5,38); y asegurar acceso a la atención de grupos vulnerables, definido como aquellos grupos poblacionales que producto de la falta de recursos personales, familiares, sociales, económicos y/o institucionales, carecen de protección frente a daños potenciales a su salud (5,39). Se hace imprescindible la detección y buen uso de los entornos hogareños, las actividades significativas para el usuario, las relaciones familiares y sociales y la cercanía a la comunidad (40).

b) Integralidad.

La integralidad, entendida a partir del origen latino del término *integer* (entero), es decir, aquello que está unido o completo, dado que las partes que lo configuran se encuentran armónicamente ensambladas (41). Tomando esta definición como referencia, se entiende que el usuario debe ser abordado como un todo en el proceso de atención de salud (5).

Por otra parte, se refiere a que el equipo de salud pueda responder de forma eficiente a las necesidades de los usuarios, mediante la promoción, prevención, curación, rehabilitación, cuidados paliativos y herramientas para fortalecer el autocuidado (42). De esta forma, la finalidad es atender las necesidades de la persona y su familia, desde una

mirada biopsicosocial , considerando los significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias, pudiendo abordarse desde múltiples dimensiones, incluyendo en la planificación del cuidado, la prevención y promoción de salud, ayudando a las personas a identificar sus capacidades de autocuidado, y por último, proporcionando cuidados desde el nivel preventivo hasta el de rehabilitación (5). Por lo tanto, hace alusión a dejar de lado la antigua concepción médica de sólo atender las necesidades del cuerpo físico y la práctica de superioridad del profesional, donde el conocimiento surgía solo de parte de él y no del usuario, con el fin de incorporar y valorar la sabiduría y experiencias de las personas, para realizar actividades dirigidas a satisfacer las necesidades de los individuos, familias y comunidades, asegurando que los servicios se ajusten a la realidad de los usuarios y determinen acciones preventivas dirigidas a grupos específicos dentro de la población, como a la población en sí (43, 44).

Los objetivos más importantes de este principio, son: abarcar los problemas de salud desde todas sus dimensiones, para así planificar el cuidado, incluida la prevención y promoción de la salud; ayudar a las personas a reconocer y mejorar sus capacidades de autocuidado, y por último, otorgar cuidados a lo largo del proceso salud enfermedad, desde lo preventivo hasta la rehabilitación y en todos los episodios de problemas de salud de las personas (5).

Uno de los desafíos de este principio apunta a fortalecer el enfoque colectivo/social de la promoción de la salud, la cual propone la generación de entornos saludables, considerando que en los escenarios comunitarios deben existir oportunidades y condiciones para el desarrollo tanto individual como colectivo, de esta forma lograr mejorar la calidad de vida y estado de salud, fortaleciendo la capacidad de las personas para adquirir hábitos saludables que les permitan afrontar los problemas (44).

Además, el modelo incorpora elementos estratégicos propios de la promoción y prevención, teniendo un rol fundamental para lograr los objetivos de la reforma de salud, uno de estos es el control de problemas de salud asociados a los estilos de vida, que

pueden ser definidos como procesos sociales, hábitos, conductas y comportamientos de los individuos, familias y comunidades, siendo determinados por la interacción de factores de riesgo y/o factores protectores (5). Esto se postula por primera vez el año 1974 en el informe de Lalonde (45), donde establece los determinantes de la salud, los cuales son: el ambiente, la biología humana, los servicios de salud y los estilos de vida, señalando que los esfuerzos por mejorar la salud de las personas no debieran concentrarse sólo en los servicios de salud, sino que se requiere intervenir principalmente en los estilos de vida.

Una de las estrategias de consenso a nivel mundial para abordar los estilos de vida saludable, es la promoción de la salud a través de la cual la comunidad, las personas y sus familias adquieren herramientas y conocimientos que les permiten mantener y mejorar su salud (5).

c) Continuidad del cuidado

Se refiere a la resolución de un problema de salud, a través de una serie de eventos ininterrumpidos. La literatura destaca, entre otras, tres tipos de continuidad del cuidado: a) la continuidad informacional, la cual se refiere a la conexión entre el cuidado que otorga el profesional y las necesidades del usuario b) continuidad gerencial, relevante en aquellos usuarios con patologías crónicas y que requieren gestión por diferentes profesionales y c) continuidad relacional, en la que durante el proceso de atención exista una relación entre el presente, pasado y futuro del usuario (46).

Por otra parte, se dice que la continuidad asistencial tiene 4 dimensiones fundamentales, las cuales son: dimensión cronológica, es la atención a lo largo de la historia natural de cualquier enfermedad; dimensión geográfica, se refiere a que el profesional está más cercano a las personas y puede entregar atención a domicilio; dimensión interdisciplinaria, no se fragmenta a los individuos para tratarlos, los considera en su conjunto y en su entorno; y finalmente, la dimensión interpersonal, indica la relación médico-paciente, relaciones con la familia del paciente y relaciones interprofesionales (47).

Hoy en día, continuidad está definido como un contacto periódico, entre las personas, familia y comunidad con el profesional de salud, esto permite detectar tempranamente ciertos problemas y así disminuir los costos e inconvenientes asociados (45).

El incesante incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), las que requieren atención en tiempo prolongado, ha generado que en los sistemas de salud exista un continuo en la entrega de servicios, mediante la incorporación de mecanismos de coordinación asistencial que garanticen una atención eficaz (33). Es relevante que este principio se cumpla ya que se asocia con la disminución el consumo de fármacos en los usuarios, el intervencionismo y las hospitalizaciones (46).

La continuidad desde la mirada de los sistemas sanitarios, corresponde a la coordinación de los ámbitos administrativos, financieros y de gestión, y a la organización de los cuidados hacia el paciente tanto en la atención intramural como en la extramural; dentro de los distintos niveles de complejidad, sin perder información de los usuarios a través de este proceso (5). De esta forma facilita el adecuado seguimiento e identificación de las necesidades y problemas de los usuarios, ya que se deben coordinar los distintos miembros y recursos del sistema sanitario, con el fin de solucionar los problemas de la población (40).

Por otra parte, desde la perspectiva de los usuarios, corresponde a como una serie de situaciones respecto del cuidado de la salud son experimentadas como coherentes y conectadas entre sí a lo largo del tiempo y en distintos escenarios clínicos, ya sea en el domicilio como dentro de un centro de salud (5,6). La atención domiciliaria es clave para garantizar la continuidad del cuidado y para poder satisfacer las múltiples necesidades sociosanitarias de las personas, sin embargo, para llevarla a cabo aún falta información en relación a aspectos básicos, como el financiamiento, la organización y prestación de los servicios (47).

Lo más relevante en este principio es lograr la eficiencia y eficacia del proceso asistencial a través de ciertos objetivos, como: reducir la fragmentación del cuidado asistencial,

entendiéndose como la falta de coordinación entre los distintos niveles de la red asistencial, con pérdida de la continuidad de los cuidados que los distintos establecimientos entregan para lograr satisfacer las necesidades de los usuarios (5,48); mejorar la accesibilidad del sistema, definido como el grado en que los individuos y los grupos tienen la capacidad de obtener los cuidados que requieren por parte de los servicios de atención o también desde la perspectiva de la oferta, el tiempo que emplea el profesional para lograr un mejor resultado en salud (5,49); la aceptabilidad de los servicios, se refiere a que los usuarios quieran utilizar los servicios esto depende de la percepción que tengan frente a las prestaciones de salud, las que a su vez están influenciadas por factores socioculturales, religiosos, normas y valores, entre otros (5,50,51), por otra parte se entiende como todos los recursos que son empleados para generar un resultado, tanto medible como observable, en relación al estado de salud, involucrando la satisfacción del usuario como también la del prestador del servicio (5,49); evitar la duplicación de infraestructura y servicios, traducido como la repetición innecesaria de historias clínicas, procedimientos diagnósticos y trámites burocráticos si esto se previene se mejorarían los procesos de decisión compartida entre el prestador y el paciente y facilitarían la implementación de estrategias de autocuidado y seguimiento de enfermedades crónicas (5,52). Otro de los objetivos es disminuir los costos de producción, esto se obtendría a través de mejoras en el costo-efectividad de los servicios, reducciones en la utilización excesiva de servicios y exámenes diagnósticos, disminuir los tiempos de espera (5,52). Por último, responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas, apoyar el cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar, y lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial para la atención de las personas con problemas de salud, desde el domicilio y comunidad (5).

Con el paso del tiempo se ha implementado una estrategia para superar la fragmentación del cuidado asistencial, asegurando una atención integral y continua, la cual se denomina Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), al respecto la OPS ha hecho un llamado a

utilizar este método, ya que contribuye a lograr los objetivos de la APS y del modelo que la guía (48).

1.5.6 Población a cargo.

Para poder llevar a cabo los principios del Modelo de Atención Integral de Salud, los centros de APS deben definir su población a cargo, es decir, las personas beneficiarias a las que se les brindará la atención en los servicios sanitarios y en la red de salud, de esta forma los equipos sanitarios pueden conocer y clasificar los riesgos de la población, registrando los datos en sistemas de almacenamiento que permitan compartir esta información dentro de los distintos puntos de la red asistencial (42).

Para facilitar el enfoque psicosocial que propone el modelo existe una estrategia denominado sectorización, la que permite una mayor cercanía y conocimiento del individuo, familia y comunidad, creando una relación equilibrada entre la demanda y capacidad de respuesta de la atención, un mejor uso de los recursos y desarrollo de acciones promocionales y preventivas (5). Dentro de este tema, es necesario llevar a cabo un proceso complejo llamado territorialización, donde se clasifica a los individuos y familias mediante una división geográfica y límites naturales de la población, siendo los elementos que la definen: superficie y número de habitantes determinados, equipamiento e infraestructura necesaria para la atención del usuario, con el fin de intervenir los problemas que afectan a la comunidad perteneciente al sector (42,53). Para que un establecimiento lleve a cabo este proceso, es necesario que la población no sobrepase los 50.000 habitantes y cada sector debe estar contenido por alrededor de 500 a 700 familias, población que oscila entre 2500 y 3500 usuarios, sin superar los 5000 por sector (54,55).

1.6 MARCO EMPÍRICO.

Al revisar la literatura en cuanto a la aplicación del modelo se encontró que es un tema escasamente estudiado en los profesionales que trabajan en APS e inexistente en el área de enfermería. Debido a esto algunos de los datos encontrados no son actualizados. Cabe destacar que la correcta implementación del modelo afecta directamente a los usuarios, es por esto que se hace necesario conocer que percepción tienen ellos acerca de este tema.

Aravena (17) en el año 2014, en Chile, realizó un estudio denominado *“Aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario y sus principios en el ejercicio profesional de psicólogos de Atención Primaria de Salud”*, para el cual utilizó un diseño cuantitativo descriptivo con alcance exploratorio y transversal, la muestra estuvo constituida por 97 psicólogos, 61 mujeres, representando al 62,8% y 36 hombres, correspondientes al 37,1%. En relación a los años trabajados en APS, la media fue 5,8 años, con un mínimo de 1 año y máximo 18 años. En relación a los principios del modelo se observa que la dimensión centrado en las personas tuvo una media general de 4,03 (DS= 0,88); la dimensión integralidad obtuvo una media general de 3,59 (DS= 0,85); y por último, la dimensión continuidad del cuidado obtiene una media total de 3,27 (DS= 0,84).

Bajo esta misma línea, Farfán (4) en el año 2012, en Chile, realizó un estudio denominado *“Descripción del grado de participación de los equipos odontológicos de la atención primaria, en relación a los procesos de transformación al Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario”*, utilizó el diseño descriptivo de corte transversal. La muestra fue de 183 odontólogos. Se obtuvo como resultado que el 90% de los odontólogos está capacitado en torno al modelo, de estos sólo un 37% de los odontólogos ha recibido la formación mediante un diplomado de Salud Familiar y el resto lo ha hecho mediante cursos o jornadas de capacitación de su establecimiento.

Por otro lado, Cárdenas *et al.* (18) en el año 2013, en Chile, realizaron un estudio denominado *“Modelo integral de salud con Enfoque Familiar y Comunitario: Experiencias*

en la implementación desde un equipo de atención hospitalaria”. Esta investigación fue de tipo cualitativo exploratorio, en el que se entrevistaron a 17 miembros del equipo del Hospital Comunitario de El Carmen realizándose 2 entrevistas semi-estructuradas. Se pudo observar que el equipo se encuentra en etapa de aproximación al modelo, caracterizándose por una falta de orientación técnica en el modelo y una falta de retroalimentación al equipo desde el Servicio de Salud provincial, dando a conocer que algunos miembros contaban con conocimiento del modelo derivado de su formación universitaria. Dentro de la institución se establecieron cambios administrativos, conformación de subsectores y equipos de trabajo.

Pasando a otro tema, Ibarra *et al.* (19) en el año 2012, en Chile, realizaron una investigación denominada *“Percepción de la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial en usuarios internos del CESFAM Pinares, comuna de Chiguayante”* correspondiendo a un estudio cualitativo de tipo fenomenológico, donde los sujetos de investigación fueron 23 usuarios internos pertenecientes al CESFAM Pinares, a los que se les aplicó una entrevista semi-estructurada. Los resultados indican que el modelo biomédico es más bien paternalista y que se centra en el ámbito biológico en comparación con el actual modelo de salud familiar que aborda al usuario de forma más completa en sus aspectos biopsicosociales, considerando la gran importancia que tiene la educación en salud y el incluir el entorno familiar en la atención. Sin embargo, los profesionales sostienen que el modelo actual no se ha implementado completamente, debido principalmente a la falta de tiempo por el escaso recurso tanto humano como económico que existe. También la mayoría de los participantes señalan que participan en otras actividades como visitas domiciliarias y charlas educativas, y que el clima laboral se ha visto favorecido debido a la sectorización dejando de lado la antigua autoridad de los médicos.

Un estudio realizado por Ojeda *et al.* (20), cuya investigación realizada en Chile, se denomina *“Percepción del Modelo de Salud Familiar en funcionarios/as del CESFAM Jean y Marie Thierry”*. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado en agosto

2015, que incluyó un grupo de 45 funcionarios/as. Se identificó que un 77,8% de los funcionarios afirma que existe continuidad en la atención, un 66,7% cree que a veces se trabaja con enfoque bio-psico-social y comunitario y un 64,4% que a veces se integra a la familia en las diferentes prestaciones.

Otra perspectiva está dada por Rivera (22), realizó un estudio denominado *“Nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e intercultural aplicado en la parroquia San Fernando, sector Tambaló durante el período enero a junio 2014”*. Este fue un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo realizado con 32 familias en la Parroquia San Fernando, sector Tambaló, Ecuador. Se realizó mediante la revisión de documentos por lo tanto fue una investigación documental o bibliográfica que dio como resultado que un 56% de las familias se encuentran insatisfechas en cuanto al acceso a los servicios de salud y el trato que brinda el personal de salud.

Abordando el mismo tema, Pérez *et al.* (21) cuyo estudio se denomina *“Evaluación de la satisfacción usuaria en un Centro de Atención Primaria de Salud”*, realizado en el año 2013, en Chile. Se aplicó un cuestionario llamado “Encuesta de satisfacción usuaria – tu opinión vale” a 252 usuarios del CESFAM Puertas Negras, Valparaíso. Los resultados obtenidos reflejan que, en cuanto al acceso a la atención, solo un 32% considera que es fácil el contacto por teléfono, el 54% considera que es fácil encontrar la hora que necesita; en cuanto a la calidad de la atención un 76% refiere que el trato del profesional de enfermería y auxiliar es amable y sólo el 44% de los usuarios está satisfecho con la atención prestada. Por lo que concluye que el grado de satisfacción global de los usuarios no es óptimo y que el punto crítico más importante se visualiza en el área del acceso a la atención.

Doiset *al.* (6) en el año 2015, en su estudio denominado *“Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios”*, cuya muestra fue conformada por 10 hombres y 31 mujeres, usuarios de los CESFAM de

las comunas de La Florida y La Pintana, en Chile. Fue una investigación de tipo cualitativa. En los resultados obtenidos se especifica que los usuarios esperan un buen trato por parte del servicio de salud y manifiestan que es necesario la preocupación por todos los problemas que los aquejan, no solo por el que se consulta. Además de tener la posibilidad de atenderse siempre con los mismos profesionales, para así lograr construir una relación de confianza con el equipo de salud. Tener un acceso oportuno a prestaciones que se otorgan en otros niveles de complejidad, siendo enfáticos en afirmar que el médico debe contar con toda la información disponible respecto a su salud para poder otorgarles una atención de calidad y a la vez tener seguimiento de su salud.

1.7 OBJETIVOS GENERALES Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

OBJETIVO GENERAL.

Describir el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y las características sociodemográficas, académicas y laborales de los profesionales de enfermería que laboran en APS en la provincia de Ñuble.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- 1.- Conocer las características sociodemográficas (edad, sexo), académicas (año de egreso, recepción de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, tipo de capacitación, años desde que realizó la capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario) y laborales (años trabajados en APS) de la población de estudio.
- 2.- Identificar el nivel de conocimiento y/o aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario según sus principios por parte del profesional de enfermería, en los centros de APS de la provincia de Ñuble.
- 3.- Describir el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de

Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria según características sociodemográficos (edad, sexo), académicas(año de egreso, recepción de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, tipo de capacitación, años desde que realizó la capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria) y laborales (años trabajados en APS) en los profesionales de enfermería de los centros de APS de la provincia de Ñuble.

4. Describir el nivel de conocimiento y/o aplicación de la dimensión centrado en las personas del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte del profesional de enfermería, en los centros de APS de la provincia de Ñuble.

5. Describir el nivel de conocimiento y/o aplicación de la dimensión integralidad del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte del profesional de enfermería, en los centros de APS de la provincia de Ñuble.

6. Describir el nivel de conocimiento y/o aplicación de la dimensión continuidad del cuidado del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte del profesional de enfermería, en los centros de APS de la provincia de Ñuble.

II. MÉTODOS.

2.1 TIPO DE DISEÑO.

El diseño del estudio fue no experimental, cuantitativo, descriptivo y transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.

La población está constituida por 160 enfermeros/as distribuidos en 36 centros de APS (9,15).

2.3 MUESTRA.

Para construir la muestra a la que se aplicó el cuestionario se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia que correspondió a 33 enfermeros/as, 24 mujeres y 9 hombres que laboraban en Centros de Atención Primaria de la provincia de Ñuble hasta el primer semestre del 2017 y que cumplieron con los criterios de elegibilidad.

2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.

Enfermero/a que trabajaba en centros de APS, perteneciente a la provincia de Ñuble.

2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD.

Criterios de inclusión:

1. Ejercer rol asistencial en centros de Atención Primaria de la provincia de Ñuble.
2. Firmar consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

1. Llevar trabajando menos de 6 meses en Atención Primaria de Salud.

2.6 LISTADO DE VARIABLES.

- **Variable de estudio:**

- Nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

- **Covariables:**

a) Sociodemográficas:

- Edad.
- Sexo.

b) Académica:

- Año de egreso de la universidad.
- Recepción de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- Tipo de capacitación.
- Años desde que realizó la capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

c) Laborales:

- Años trabajando en APS.

Definición nominal y operacional de las variables se describen en Anexo 1.

2.7 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO RECOLECTOR

1. Cuestionario de antecedentes sociodemográficos, laborales y académicos (Anexo 2). Creado por las autoras con el objetivo de recabar información de la población de estudio, el que constó de 5 preguntas cerradas.
2. Cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (Anexo 3). Creado por las autoras del estudio, tiene por objetivo evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Este cuestionario constó de 28 reactivos, los que fueron diseñados en función de las tres dimensiones principales del modelo: a) centrado en las personas, b) integralidad y c) continuidad del cuidado; tomando como referencia la guía de Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y el documento Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud (5,55). Este instrumento contiene una escala de respuesta con formato likert de 5 opciones: ningún conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Y Comunitaria, escaso conocimiento y/o aplicación, regular conocimiento y/o aplicación, suficiente conocimiento y/o aplicación y, amplio conocimiento y/o aplicación; siendo valorado desde el puntaje 1 hasta el 5 respectivamente. Por cada sujeto se promediaron las respuestas valoradas en el puntaje, se sugiere que a mayor puntaje mayor nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo y viceversa a los puntajes cercanos a 1. Este cuestionario fue sometido a una validación de contenido mediante 4 expertos en salud familiar, que permitieron moldear la versión final de esta escala. Además, se aplicó una prueba piloto a 7 enfermeros/as que reunían las características necesarias del estudio, pero que no eran participantes de la muestra final de la investigación, con el fin de evaluar el nivel de comprensión de los ítems contenidos.

2.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la recolección de los datos primero se asistió a un Seminario de Vacunas realizado por la Universidad del Bio-Bio, al cual concurren profesionales de enfermería que laboran en APS dentro de la provincia de Ñuble, se les explicó a los presentes el objetivo de estudio y los criterios de elegibilidad, en segundo lugar, se coordinó con los directores de tres CESFAM (CESFAM de Coihueco, Quillón y Pinto) una instancia para reunir a los enfermeros/as encuestados con el fin de explicar a todos en conjunto el objetivo de estudio y los criterios de elegibilidad. En ambos casos se aplicaron los dos cuestionarios, además de un consentimiento informado a cada participante (Anexo 4), una vez leído y firmado el consentimiento por ambas partes (participante y miembros del equipo de investigación) el cuestionario fue autoadministrado y el tiempo aproximado para la aplicación fue de 15 minutos.

PRUEBA PILOTO.

Debido a la inexistencia de un instrumento que valore los aspectos abordados en esta investigación, fue necesaria la creación del cuestionario y por ende realizar un estudio de interpretabilidad de los ítems. Para ello, se realizó, previo a la administración definitiva del cuestionario, una prueba piloto a 7 participantes pertenecientes a la población de estudio, pero cuyos datos no fueron incluidos en la muestra final. El tiempo utilizado para responder fue de 10 min.

En cuanto al proceso de validación lingüística, los participantes del estudio de interpretabilidad no informaron problemas de comprensión ni de redacción en cuanto a las preguntas, solo hicieron una acotación en un ítem y en el formato.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS.

Para garantizar el cumplimiento de los aspectos éticos, este estudio fue autorizado por el comité de bioética de la Universidad del Bío-Bío (Anexo 5) y por los directores de los CESFAM de las comunas correspondientes a Quillón, Pinto y Coihueco (Anexo 6). Previo a la encuesta se entregó un consentimiento informado el cual presentaba el nombre de los investigadores, objetivos de estudio y condiciones de aplicación con información clara, precisa y adecuada (Anexo 4). Se señaló explícitamente que la participación era voluntaria y que los investigadores velaron por la confidencialidad de los datos. Todo esto de acuerdo a los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (56), así como la Ley 19.628 sobre protección de la vida privada (57), Ley 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana (58).

2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

Los datos obtenidos con el cuestionario que evalúa el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención de Integral de Salud Familiar y Comunitaria, fueron procesados con porcentajes, mínimo y máximo, media aritmética, desviación típica, mediana y t-student con nivel de significancia de 0,05 más intervalo de confianza de 95%, con el objetivo de comparar los puntajes de acuerdo a edad, sexo, años desde el egreso de la universidad, recepción de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, tipo de capacitación, años desde que realizó la capacitación y años trabajando en APS. Finalmente, para evaluar la consistencia interna de los constructos se utilizó α de Cronbach.

III. RESULTADOS.

Se obtuvo una muestra de 33 profesionales de Enfermería que trabajan en atención primaria en la provincia de Ñuble.

En las tablas 1a y 1b se describen las características sociodemográficas, académicas y laborales. Se encontró que los participantes del estudio, el 45,5% es menor de 30 años; el 72,7% son mujeres; el 66,6% egresó de una institución universitaria entre 1 y 10 años, el 54,5% trabaja en atención primaria entre 1 y 10 años; el 93,9% recibió capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria; el 60,6% recibió una capacitación *online* y el 81,8% realizó su capacitación entre 1 y 5 años.

Tabla 1a. Distribución de los profesionales de enfermería participantes del estudio según sus características sociodemográficas, académicas y laborales.

Características	n=33	%
Edad (años)		
Menor a 30	15	45,5
30-44	10	30,3
45-59	8	24,2
60 y más	0	0
Sexo		
Mujer	24	72,7
Hombre	9	23,7
Año de egreso		
Menor a 1 año	2	6,1
1- 5 años	14	42,4
6-10 años	8	24,2
11-15 años	1	3,0
16- 20	2	6,1
> 20 años	6	18,2
Años trabajados en APS		
Menor a 1 año	7	21,2
1- 5 años	10	30,3
6-10 años	8	24,2
11-15 años	1	3,0
16-20	1	3,0
> 20 años	6	18,2

Tabla 1b. Distribución de los profesionales de enfermería participantes del estudio según sus características sociodemográficas, académicas y laborales.

Características	n=33	%
Capacitación		
Sí	31	93,9
No	2	6,1
Tipo de capacitación		
Diplomado	12	36,4
Curso de capacitación online	20	60,6
Curso de capacitación presencial	17	51,5
Post título	2	6,1
Años capacitación		
Valor 0	2	6,1
Entre 1 y 5 años	27	81,8
Mayor a 6 años	4	12,1

Se midió la fiabilidad del cuestionario administrado con la prueba alfa de Cronbach (tabla 2). En forma global, con los 28 reactivos se obtuvo un valor de 0,927 lo que indica alta consistencia interna de los ítems diseñados. Luego, se obtuvieron fiabilidades por constructo de la escala. El primero, “centrado en las personas” resultó con $\alpha = 0,819$; posteriormente, “integralidad” obtuvo $\alpha = 0,846$, y “continuidad del cuidado” un $\alpha = 0,764$. Por tanto, los tres constructos presentaron alta fiabilidad.

Tabla 2. Presentación análisis de fiabilidad del “Cuestionario autoaplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”.

Constructos de la escala que evalúa el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria	Número de ítems	Alfa de Cronbach
Centrado en las personas	10	0,819
Integralidad	9	0,846
Continuidad del cuidado	9	0,764
Global	28	0,927

La tabla 3 presenta las puntuaciones que se obtuvieron para el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria según sus dimensiones principales, donde el valor de las medias que se presentan proviene de un total de 28 ítems, los que están en una escala de 1 a 5 puntos (1 punto significa “ningún conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo” y 5 puntos “amplio conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo”), la media fue de $4,37 \pm 0,48$ puntos para la dimensión “centrado en las personas” (con un puntaje mínimo de 3,20 puntos); $4,31 \pm 0,54$ puntos para la dimensión “integralidad” (con un mínimo de 3,30 puntos) y $4,26 \pm 0,51$ puntos para la dimensión “continuidad del cuidado” (con un mínimo de 3,00 puntos).

Tabla 3. Medidas de resumen de la puntuación obtenida para el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria según dimensiones ($n=33$).

Dimensiones	Mínimo	Máximo	Media	DS
Centrado en las personas	3,20	5,00	4,37	0,48
Integralidad	3,30	5,00	4,31	0,54
Continuidad del cuidado	3,00	5,00	4,26	0,51
Global	3,25	5,00	4,26	0,47

En la tabla 4 se muestra la puntuación obtenida para la variable, nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, según variables sociodemográficas, académicas y laborales. Se encontró para el grupo entre 30 - 44 años la media de $4,56 \pm 0,37$ puntos y para el rango etario menor a 30 años, el promedio de $4,19 \pm 0,52$ puntos. En relación al puntaje desagregado por sexo, la media obtenida por las mujeres fue de $4,4 \pm 0,45$ puntos en comparación a los hombres ($4,1 \pm 0,48$).

En cuanto a los años desde que egresó el profesional de una institución universitaria, el promedio de aplicación para los menores a 1 año fue de $4,59 \pm 0,28$ puntos y para el rango de 1 a 5 años, $4,1 \pm 0,55$ puntos. Con respecto a los años trabajados en atención primaria, la media para el rango entre 6 a 10 años fue de $4,52 \pm 0,38$ puntos y para el rango entre 1 a 5 años, $4,0 \pm 0,46$ puntos. Por otro lado, para los profesionales que no recibieron capacitación se obtuvo la media de $4,54 \pm 0,30$ puntos, mientras que, según el tipo de capacitación se observó que para el diplomado la media fue de $4,42 \pm 0,46$ puntos y para post-título, $3,95 \pm 0,37$ puntos. Finalmente, en relación a los años desde que realizó la capacitación, para el rango de 6 y más, el promedio fue $4,47 \pm 0,40$ años puntos.

Por otra parte, se obtuvo una alta significancia estadística entre la dimensión centrado en las personas y la variable años trabajados en APS, con un valor de 0,027 al aplicar la prueba estadística t-student.

Tabla 4. Medidas de resumen de la puntuación obtenida para la variable Nivel de conocimiento y/o Aplicación de los Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, según variables sociodemográficas, académicas y laborales.

Características	Mínimo	Máximo	Percentil 50	Media $\pm$ DS
Edad (años)				
Menor a 30 ($n=15$)	3,25	4,79	4,32	4,19 $\pm$ 0,52
30-44 ($n= 10$)	3,82	5,00	4,59	4,56 $\pm$ 0,37
45- 59 ($n= 8$)	3,68	4,79	4,32	4,25 $\pm$ 0,42
Sexo				
Mujer ($n= 24$)	3,25	5,00	4,54	4,4 $\pm$ 0,45
Hombre ($n= 9$)	3,39	4,93	4,18	4,1 $\pm$ 0,48
Año de egreso				
Menor a 1 año ($n= 2$)	4,39	4,79	4,59	4,59 $\pm$ 0,28
1- 5 años ($n= 14$)	3,25	4,93	4,29	4,1 $\pm$ 0,55
6-10 años ($n= 8$)	3,82	5,00	4,54	4,52 $\pm$ 0,38
11-15 años ($n= 1$)	0	0	0	0
16-20 años ($n= 2$)	3,71	4,75	4,23	4,23 $\pm$ 0,73
> 20 años ($n= 6$)	3,68	4,71	4,32	4,25 $\pm$ 0,36
Años trabajados en APS				
Menor a 1 año ($n= 7$)	3,39	4,93	4,75	4,47 $\pm$ 0,53
1- 5 años ($n= 10$)	3,25	4,61	4,02	4,0 $\pm$ 0,46
6-10 años ($n= 8$)	3,82	5,00	4,54	4,52 $\pm$ 0,38
11-15 años ($n= 1$)	0	0	0	0
16-20 años ($n= 1$)	0	0	0	0
> 20 años ($n= 6$)	3,68	4,71	4,32	4,25 $\pm$ 0,36
Capacitación				
Sí ($n= 31$)	3,25	5,00	4,40	4,30 $\pm$ 0,48
No ($n= 2$)	4,32	4,75	4,54	4,54 $\pm$ 0,30
Tipo de capacitación				
Diplomado ($n= 12$)	3,50	4,93	4,55	4,42 $\pm$ 0,46
Capacitación online ($n= 20$)	3,39	5,00	4,48	4,37 $\pm$ 0,46
Capacitación presencial ($n= 17$)	3,25	4,93	4,36	4,25 $\pm$ 0,48
Post título ($n= 2$)	3,68	4,21	3,95	3,95 $\pm$ 0,37
Añoscapacitación				
1 - 5 ($n= 27$)	3,25	4,93	4,39	4,28 $\pm$ 0,49
6 y más ($n= 4$)	4,04	5,00	4,43	4,47 $\pm$ 0,40

La tabla 5 detalla las puntuaciones obtenidas de los 10 ítems del cuestionario según dimensión centrado en las personas. Se encontró que para las afirmaciones “conoce y aplica el conducto regular en caso de reclamo de parte de un usuario” y “conoce la ley de derechos y deberes, y se preocupa que se cumpla”, obtuvieron la misma puntuación: $4,79 \pm 0,49$ puntos. Por otro lado, para la afirmación “en caso de ausentismo de los usuarios, averigua los motivos de inasistencia” presentó $3,27 \pm 1,18$ puntos. Además, se arrojó para las preguntas “Cuando debe ausentarse a su trabajo por alguna actividad programada, avisa con anticipación al usuario” y “Conoce o identifica a los usuarios de su sector y número de ellos” hubo personas que puntuaron el valor mínimo (1 punto), a pesar de que la media fue de $4,64 \pm 0,78$ y $4,21 \pm 0,96$ respectivamente.

Tabla 5. Medidas de resumen de la puntuación obtenida para la dimensión centrado en las personas según ítems. (*n*=33)

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	Media DS
Conoce y aplica el conducto regular en caso de reclamo de parte de un usuario.	3,00	5,00	4,79	0,49
Sabe si en el sector se gestionan los cambios de hora oportunamente.	3,00	5,00	4,30	0,77
Cuando debe ausentarse a su trabajo por alguna actividad programada, avisa con anticipación al usuario.	1,00	5,00	4,64	0,78
En caso de ausentismo de los usuarios, averigua los motivos de inasistencia.	1,00	5,00	3,27	1,18
Tiene identificados los factores de riesgo y de vulnerabilidad de las familias en su sector.	2,00	5,00	4,36	0,74
Entrega a los usuarios educación, folletos y pautas de autocuidado, de crianza, preventivas y promocionales.	3,00	5,00	4,61	0,66
Conoce los protocolos de calidad que proporcione una atención segura para los usuarios.	2,00	5,00	4,39	0,75
Tienen algún sistema de priorización de familias vulnerables en su sector.	3,00	5,00	4,30	0,68
Conoce o identifica a los usuarios de su sector y número de ellos.	1,00	5,00	4,21	0,96
Conoce la ley de derechos y deberes, y se preocupa que se cumpla.	3,00	5,00	4,79	0,49

La tabla 6 indica las puntuaciones obtenidas de los 9 ítems del cuestionario según dimensión integralidad. Se observó una media de $4,48 \pm 0,62$ puntos para la afirmación “considera las creencias de los usuarios en los planes de cuidados”. Por otra parte, para la afirmación “ejecuta talleres para fomento de capacidades de autocuidado de los usuarios y familias”, se obtuvo una media de $4,09 \pm 1,10$ puntos. Así mismo, hubo personas que puntuaron al mínimo (1 punto) en los ítems: “Ejecuta talleres para fomento de capacidades de autocuidado de los usuarios y familias” y “Conoce el diagnóstico de salud de su sector y el Plan de Salud Comunal”, a pesar de que la media fue de $4,09 \pm 1,10$ puntos y $4,39 \pm 1,00$ puntos respectivamente.

Tabla 6. Medidas de resumen de la puntuación obtenida para la dimensión integralidad según ítems.(n=33)

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	DS
Considera las creencias de los usuarios en los planes de cuidados.	3,00	5,00	4,48	0,62
Ejecuta talleres para fomento de capacidades de autocuidado de los usuarios y familias.	1,00	5,00	4,09	1,10
Conoce las pautas de evaluación de los Centros de Salud y las brechas que se deben enfrentar para dar una atención Integral.	3,00	5,00	4,24	0,79
Planifica y participa activamente en acciones de promoción de la salud y prevención en la comunidad.	3,00	5,00	4,42	0,79
Conoce las redes de apoyo social y existencia de líderes comunitarios en su sector.	2,00	5,00	4,24	0,75
Conoce las condiciones socioambientales en las que viven las familias de su sector y utiliza los determinantes de la salud en su atención.	3,00	5,00	4,36	0,65
Planifica cuidados individuales con acciones de promoción y prevención para las familias de acuerdo a su vulnerabilidad.	3,00	5,00	4,33	0,69
Planifica en equipo y ejecuta los cuidados planificados, en la atención de los usuarios o familias vulnerables.	3,00	5,00	4,21	0,74
Conoce el diagnóstico de salud de su sector y el Plan de Salud Comunal.	1,00	5,00	4,39	1,00

La tabla 7 señala las puntuaciones obtenidas de los 9 ítems del cuestionario según dimensión continuidad del cuidado. Para la afirmación “conoce los conductos administrativos para la derivación de los usuarios a otros niveles de atención”, se obtuvo una media de $4,79 \pm 0,49$ puntos. Por otro lado, en relación a “después de derivar un usuario a otro nivel de la red asistencial desarrolla un sistema de seguimiento”, presentó una media de $3,70 \pm 1,05$ puntos. En cuanto a los ítems que puntuaron al valor mínimo de 1 punto fueron: “Conoce el concepto de RISS (Redes integradas de Servicios de Salud), que aportan a la continuidad de la atención”, “Después de derivar un usuario a otro nivel de la red asistencial desarrolla un sistema de seguimiento” y “Conoce el costo de RRHH (dotación) y materiales (presupuesto) para atender las necesidades de su población y las que utiliza en la atención de un usuario”, a pesar de que la media fue de $3,91 \pm 1,13$ puntos; $3,70 \pm 1,05$ puntos y $3,88 \pm 1,22$ puntos respectivamente.

Tabla 7. Medidas de resumen de la puntuación obtenida para la dimensión continuidad del cuidado según ítems. (n=33)

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	DS
Conoce los conductos administrativos para la derivación de los usuarios a otros niveles de atención.	3,00	5,00	4,79	0,49
Conoce el concepto de RISS (Redes integradas de Servicios de Salud), que aportan a la continuidad de la atención.	1,00	5,00	3,91	1,13
Aplica protocolos de cuidados de los usuarios de acuerdo a las necesidades pesquisadas.	3,00	5,00	4,33	0,65
Después de derivar un usuario a otro nivel de la red asistencial desarrolla un sistema de seguimiento.	1,00	5,00	3,70	1,05
Frente al ingreso de un usuario nuevo, conoce y aplica el protocolo para rescatar su historia clínica antigua.	2,00	5,00	4,06	0,93
Conoce el costo de RRHH (dotación) y materiales (presupuesto) para atender las necesidades de su población y las que utiliza en la atención de un usuario.	1,00	5,00	3,88	1,22
Conoce e identifica el ciclo de vida del usuario e incorpora la gestión del cuidado de acuerdo a los riesgos identificados.	3,00	5,00	4,48	0,62
Es integrante activo/a del equipo de su sector y participa en reuniones.	3,00	5,00	4,73	0,57
Mantiene horarios que faciliten el acceso a los usuarios al sistema.	2,00	5,00	4,48	0,80

IV. DISCUSIÓN.

El propósito de la investigación fue determinar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, por parte del profesional de enfermería que labora en APS de la provincia de Ñuble, para lo cual se contó con una muestra de 33 profesionales de enfermería que ejercían el rol asistencial en los diferentes centros de atención primaria dentro de la provincia. Los resultados obtenidos señalan que:

De acuerdo a las características sociodemográficas del estudio se observó que el mayor porcentaje pertenece a mujeres, esta información coincide con Bernalte (59) en su ensayo donde señala que históricamente la profesión de enfermería ha sido tarea exclusiva de mujeres, lo que ha influido en los valores dentro de la sociedad. Por otra parte, el porcentaje más alto de acuerdo a los grupos etarios pertenece a los menores de 30 años, ya que como plantea la Subsecretaría de Salud de México (60) esto se debe a que en los últimos años ha habido un aumento en la incorporación de nuevas escuelas de enfermería, producto del incremento de la demanda de esta carrera. Coincide con los datos que entrega el MINSAL (61) donde sostiene que en los últimos años ha aumentado la matrícula en la carrera de enfermería a nivel nacional, y por otra parte indica que la mayoría de enfermeros/as inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud son jóvenes, ya que más de la mitad de estos (53%) tiene menos de 35 años, y sólo el 3,2% son mayores de 64 años.

En cuanto a las características académicas de los profesionales se obtuvo que para la variable años de egreso el mayor porcentaje corresponde al rango entre 1 - 10 años, lo cual concuerda con la edad predominante y la experiencia laboral dado que se trata de una muestra de participantes principalmente adulto jóvenes.

De acuerdo a la variable de capacitación, se obtuvo un mayor porcentaje en la población que si estaba capacitado en torno al modelo, con un 93,9 % concordando con Barbera *et*

al.(62)quien describe que los profesionales sanitarios consideran la capacitación como una necesidad fundamental debido a que la educación de pregrado no es suficiente, es por esto que están constantemente actualizando y complementando su formación académica con el objetivo de poder ofertar cuidados de calidad y una práctica basada en la evidencia científica.

En relación al tipo de capacitación, el mayor porcentaje se encontró en la capacitación de tipo online con un 60,6%. Esto se complementa con lo mencionado por Avello(63) que la forma que se aprende y enseña, avanza en consonancia con la evolución de la civilización, como lo es en las tecnologías y el acceso a internet que tiene la población, por lo que hoy en día muchas instituciones educacionales han introducido las tecnologías de información y comunicación (TIC) como nueva herramienta para facilitar el aprendizaje flexible y de forma autónoma.

Respecto a los años desde que el profesional realizó la capacitación, el mayor porcentaje se obtuvo en el rango de 1 a 5 años con un 82% y como señala Sardinha *et al.* (64) que para el desempeño del profesional de enfermería es de vital importancia actualizar los conocimientos de forma continua, lo que le permite adquirir una mayor autonomía en su rol asistencial.

Con respecto a la aplicación de cada dimensión del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, el puntaje mayor está dado en la dimensión “centrado en las personas”, con una media de $4,37 \pm 0,48$ puntos y el menor puntaje lo obtuvo la dimensión “continuidad del cuidado”, con una media de $4,26 \pm 0,51$ puntos. Estos valores se asemejan a los obtenidos en el estudio realizado por Aravena (17) a un grupo de psicólogos ($n=97$), que arrojó una media de $4,03 \pm 0,88$ puntos, para centrado en las personas y $3,27 \pm 0,84$ puntos para continuidad del cuidado, pero que coincide en la dimensión con mayor y menor puntaje promedio.

Al analizar los puntajes promedios obtenidos en el total de los 28 reactivos, de acuerdo a características sociodemográficas se obtuvo que el grupo etario de 30-44 años tuvo el mayor puntaje, mientras que el rango etario menor a 30 años tuvo el menor, esto concuerda con lo que plantea Valdebenito *et al.* (65) que, a menor experiencia laboral, menor es el empoderamiento del rol profesional en el área de gestión clínica y del cuidado, a través del modelo de atención integral de salud.

En relación al puntaje obtenido de acuerdo al sexo, la mayor puntuación fue arrojada por las mujeres, con una media de $4,4 \pm 0,45$ puntos, esto coincide con lo afirmado por Rueda(66) en relación a que los varones en general se inclinan más por aspectos instrumentales o técnicos, además de buscar una relación más cercana con el trabajo médico, alejándose del cuidado directo, al contrario de las mujeres que brindan un cuidado más integral considerando a las personas en todas sus dimensiones (física, intelectual, social, emocional, espiritual y religioso) acompañando de forma diferente a las personas.

Con respecto al año de egreso, se obtuvo un mayor puntaje en aquellos que finalizaron su educación de pregrado hace menos de un año, sin embargo, el resultado pertenece a una muestra pequeña ($n=2$) por lo que no muestra mayor variabilidad, como lo plantea Martínez (67) que es más probable encontrar mayor variabilidad en muestras grandes que en muestras pequeñas. Lo mismo ocurre con los años de capacitación donde se observó la mayor media en el rango de 6 años y más, el cual pertenece a una muestra pequeña ($n=4$). Lo que justificaría la diferencia de puntaje con el rango de 1-5 años de capacitación. Esto se contradice con lo planteado por Sardinha *et al.* (64) quien señala que la constante adquisición y actualización de conocimientos favorece la calidad de asistencia de enfermería, mejora la autonomía en el desempeño profesional y la relación con el usuario.

En cuanto a los años de experiencia laboral, el mayor puntaje promedio obtenido lo tuvo el rango de 6-10 años lo que coincide con lo referido por Guerrero *et al.* (68) que la práctica adquirida mayor a 5 años favorecerá la adquisición de habilidades y competencias

en relación a las funciones asignadas al cargo y al servicio donde se desempeña. Así mismo Benner (69) en su libro “From Novice to Expert”, señala que las enfermeras desarrollan habilidades en la atención de sus pacientes a través del tiempo, en base a una educación sólida y a la multitud de sus experiencias. Sin embargo, esto no se refleja en los profesionales cuya experiencia laboral es mayor de 20 años debido a que existe una resistencia al cambio, esto concuerda con un estudio realizado por Riveros (70) en el cual se observó que, aunque el equipo de salud conoce el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, existe una resistencia al cambio, manifestando cierto rechazo en algunas actividades y por lo tanto baja participación, lo que dificulta la implementación del modelo.

De acuerdo al tipo de capacitación adquirida por los participantes, se obtuvo que los que habían realizado un diplomado tenían un puntaje promedio mayor, mientras que los que hicieron post-título obtuvieron un menor promedio, se podría deducir y en concordancia con Barbera *et al.* (62) que algunas capacitaciones como los post-títulos a diferencia de los diplomados, son llevados a cabo por los enfermero/as porque desean aspirar a puestos de trabajos de gestión y no necesariamente se refleja la capacitación en el rol asistencial. En cuanto a los resultados obtenidos mediante la prueba t-student, el único valor de alta significancia que se encontró fue la relación directa entre la dimensión “centrado en las personas” con los años trabajados en APS.

Con respecto a los puntajes promedios obtenidos para la dimensión “centrado en las personas” se observó el mayor puntaje en dos ítems que son “conoce y aplica el conducto regular en caso de reclamo de parte de un usuario” y “conoce la ley de derechos y deberes, y se preocupa que se cumpla”, ambas se relacionan estrechamente con la importancia que tiene para el profesional cumplir con la ley sobre derechos y deberes de los pacientes, que según el MINSAL (55) constituye el carácter ético y técnico de la atención en salud, beneficiando la entrega de trato digno a los usuarios y sin discriminación. Dentro de la misma línea se obtuvo la menor media para la afirmación “en

caso de ausentismo de los usuarios, averigua los motivos de inasistencia”. La inasistencia a los controles de salud influye de manera negativa en la adherencia del usuario al tratamiento médico y en su estado de salud, es por esto que Pérez (71) plantea que es relevante caracterizar al usuario y al motivo relacionado con la inasistencia, ya que permite orientar las acciones de intervención de manera más efectiva, con miras a mejorar el indicador de oportunidad en la consulta y optimizando los servicios.

En relación a las puntuaciones mínimas obtenidas, para “conoce o identifica a los usuarios de su sector y número de ellos” se presenta una brecha en cuanto a la proporción de cuidados integrales, acceso y equidad en el enfoque de la atención de salud, ya que como plantea el MINSAL (55) conocer la población objetivo permite el diseño de servicios de acuerdo a sus necesidades y expectativas, considerando todos los elementos que influyen en su nivel de salud, además de los aspectos de género y cultura. Así mismo, el conocimiento de la población a cargo y su contexto (determinantes sociales), permite anticiparse a la aparición de problemas, identificando vulnerabilidad, factores de riesgo y factores protectores (resiliencia) (5). Por otro lado, para la afirmación “cuando debe ausentarse a su trabajo por alguna actividad programada, avisa con anticipación al usuario”, al no realizar esta acción se afecta directamente la aplicación del principio centrado en las personas, ya que ésta aseveración cabe dentro de uno de los objetivos relevantes de este principio, propuesto por el MINSAL (55) el cual es establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de las personas, por lo que el profesional tiene la responsabilidad de entregar información oportuna, veraz y útil de la atención de salud, realizando las gestiones internas que lo permitan.

Para la dimensión “integralidad” la puntuación promedio más alta fue para la afirmación “considera las creencias de los usuarios en los planes de cuidados”, esto favorece la entrega de una atención de forma integral en gran manera, lo que se evidencia en un estudio realizado por Torres (72) quien plantea que las creencias son una parte

fundamental de la vida de muchas personas, por lo tanto su evaluación permite entregar una atención completa e integral, haciendo necesario que los profesionales las consideren en la atención de salud, no solo por razones éticas y legales, sino por los múltiples beneficios clínicos en cuanto a morbilidad, mortalidad, calidad de vida e incluso económicos.

En cuanto a la media más baja dentro del principio y que a la vez tuvo un puntaje mínimo de 1, fue para la afirmación “ejecuta talleres para fomento de capacidades de autocuidado de los usuarios y familias”, como lo plantea el MINSAL (5) la falta de estos talleres influye directamente en el empoderamiento de la salud de los usuarios, debido que a través de la promoción y prevención de salud, los profesionales pueden entregar las herramientas necesarias para que estos descubran sus capacidades de autocuidado y puedan llevarlo a cabo mediante cambios en sus hábitos y estilos de vida.

En cuanto a puntaje mínimo, la afirmación “Conoce el diagnóstico de salud de su sector y el Plan de Salud Comunal” representa un aspecto negativo para la correcta aplicación del modelo, ya que como lo propone el MINSAL (5) dentro de las principales responsabilidades del equipo está coordinar los servicios sanitarios orientados a mantener a la población sana, mejorar su nivel de salud y ser la puerta de entrada a la Red de Salud, lo cual se lleva a cabo mediante el diagnóstico de salud y plan comunal, permitiendo la priorización de aquellas temáticas en las que se debe intervenir.

Dentro de las medias obtenidas para la dimensión “continuidad del cuidado”, el puntaje más alto fue arrojado por la afirmación “conoce los conductos administrativos para la derivación de los usuarios a otros niveles de atención”, según el MINSAL (5) el poseer conocimiento sobre este ítem es importante para no perder información del usuario dentro del proceso de atención sanitaria cuando se hacen las derivaciones correspondientes entre los distintos niveles de la red asistencial. Mientras que el menor promedio, junto con tener puntaje mínimo, fue obtenido por la aseveración “después de derivar un usuario a otro nivel de la red asistencial desarrolla un sistema de seguimiento”,

este punto es relevante para llevar el control de la evolución del proceso salud-enfermedad, lo que concuerda con Rosas (43) quien sostiene que es relevante llevar un control del proceso salud-enfermedad del usuario, la que es de total responsabilidad del profesional que lo atiende, al igual como plantea la OPS (42) lo que beneficia de esta forma la calidad de vida tanto del usuario como de su familia.

Otras dos aseveraciones con puntaje mínimo fueron “Conoce el concepto de RISS (Redes integradas de Servicios de Salud), que aportan a la continuidad de la atención”, según lo expuesto por el MINSAL y OPS (5, 42) manejar esta afirmación es la base de la continuidad del cuidado desde el punto de vista de los sistemas de salud, ya que las RISS constituyen la forma en cómo se coordinan las funciones dentro de la institución y entre otros establecimientos de salud, incorporando de esta forma las relaciones de coordinación horizontal. En cuanto a la afirmación “Conoce el costo de RRHH (dotación) y materiales (presupuesto) para atender las necesidades de su población y las que utiliza en la atención de un usuario”, éste es un punto relevante de considerar según MINSAL (5), ya que los profesionales deben saber que cada acción genera un gasto y por ende él se hace responsable del uso de los recursos asignados. Además, es importante que el equipo se vea a sí mismo como un recurso valioso y concientice que sus decisiones tienen un impacto financiero en el sistema de salud y en los usuarios (55).

4.2 LIMITACIONES.

Aunque los resultados aportados en esta investigación constituyen un primer paso para disponer de un instrumento que evalúe el nivel de conocimiento y/o aplicación e informan datos relevantes en relación a la fiabilidad del “Cuestionario autoaplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” en una muestra no estudiada anteriormente, se establecen algunas limitaciones metodológicas, tales como:

- Al tratarse de un estudio descriptivo, los resultados se limitan solo a la descripción de las características de la muestra, no pudiéndose determinar relaciones ni causalidad.
- Inexistencia de estudios que hayan evaluado el nivel de conocimiento y/o aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte del profesional de Enfermería que labora en APS, por lo que no se pudo realizar comparación de resultados.
- Escasez de estudios que hayan evaluado el nivel de conocimiento y/o aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte de otros profesionales que laboran en APS. Lo que conlleva a utilizar algunas investigaciones no actualizadas.
- Dificultad para llevar a cabo la recolección de datos en los centros de salud, debido a la demora o ausencia de respuestas de la solicitud de la investigación enviada a los directores de los establecimientos.

4.3 SUGERENCIAS.

A partir de las limitaciones presentadas, es posible realizar algunas sugerencias para facilitar futuras investigaciones, además de poder potenciar la información acerca del tema tratado. Entre ellas encontramos que:

- Para facilitar la evaluación del desempeño de los enfermeros respecto al modelo, se sugiere elaborar una escala de apreciación basada en un modelo matemático según el puntaje total obtenido en el “Cuestionario autoaplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”.
- Realizar gestiones vía presencial para agilizar las respuestas de aceptación para realizar la investigación.
- Trabajar con una muestra más amplia para favorecer y obtener datos más representativos.
- Continuar con la línea de investigación para seguir enriqueciendo la gama de conocimientos de este tema, y de esta forma poder contribuir en futuras investigaciones a detectar falencias en la aplicación de este modelo, formas para mejorar su implementación y extrapolarlo a otros profesionales de salud.

4.4 CONCLUSIÓN.

El estudio “Descripción de la aplicación de los principios del Modelo De Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el ejercicio profesional de enfermeras/os de atención primaria de la provincia de Ñuble, 2017”, ha permitido llegar a las siguientes conclusiones:

Los participantes del estudio son mujeres (72,7%) y adultos jóvenes (45,5%). La mayoría egresó de una institución universitaria en un lapso de tiempo entre 1 y 10 años (66,6%), trabaja en atención primaria entre 1 y 10 años (54,5%), recibió capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (93,9%) siendo ésta mayoritariamente capacitación online (60,6%) y fue realizada entre 1 - 5 años (81,8%).

El cuestionario se basa en los tres principios irrenunciables del modelo (centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado) y constó de 28 reactivos, el que fue sometido a validación por contenido por un panel de expertos en APS y además una prueba piloto que no evidenció problemas de comprensión y redacción. Por otro lado, presentó alta fiabilidad por consistencia interna. A nivel global se obtuvo un valor de $\alpha=0,927$ lo cual es altamente significativo y de la misma forma, a nivel de constructos de la escala con valores de $\alpha= 0,819$ para “centrado en las personas”, $\alpha= 0,846$ para “integralidad” y finalmente $\alpha= 0,764$ para “continuidad del cuidado”.

En cuanto al nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo, respecto de las características sociodemográficas, laborales y académicas, para las todas las variables las puntuaciones medias fluctúan en el puntaje 4, lo que indica suficiente conocimiento y/o aplicación.

En relación a las dimensiones abordadas por el cuestionario, los 3 principios promedian un puntaje sobre 4 (suficiente conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo), siendo el constructo “centrado en las personas” el más conocido y/o aplicado por los profesionales de enfermería. Por el contrario, el menos conocido y/o aplicado fue la dimensión “continuidad del cuidado”. Sin embargo, al revisar los puntajes obtenidos por

cada ítem, se detectó que hubo puntuaciones mínimas de 1, indicando que existen personas que no poseen ningún conocimiento y/o aplicación de estos reactivos, dejando en evidencia que parte de los profesionales no tiene el conocimiento adecuado para poder aplicar los principios irrenunciables del modelo de forma correcta, lo que puede dificultar y afectar directamente la entrega de una atención de calidad a los usuarios. Además de no estar cumpliendo con lo establecido dentro de las orientaciones para la implementación de una Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria realizado por el MINSAL.

V. BIBLIOGRAFÍA.

1. Rofman R, Amarante V, Apella I. Cambio demográfico y desafíos económicos y sociales en el Uruguay del siglo XXI [Libro en internet]. Santiago: CEPAL; 2016 [acceso 22 de junio 2017]. Disponible en: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39862/S1600187_es.pdf;jsessionid=222736ED498FC6DBDDD328E75F17BCEC?sequence=1
2. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma-Ata [Libro en internet]. Ginebra: OMS; 1978. [acceso 23 de septiembre 2016] Disponible en: <https://medicinaysociedad.files.wordpress.com/2011/06/declaracion-de-alma-ata.pdf>
3. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. En el Camino a Centro de Salud Familiar. [Libro de Internet]. Chile: Biblioteca MINSAL; 2008 [acceso 30 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/En-el-Camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>
4. Farfán Urzúa J. Descripción del grado de participación de los equipos odontológicos de la atención primaria, en relación a los procesos de transformación al modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario. [Monografía en Internet]; Santiago, Universidad de Chile; 2012. [acceso 2 de Octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/391/TESIS%20MAGISTER%20JAIME%20FARFAN.pdf?sequence=1>
5. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. [Libro de Internet]. Chile: MINSAL; 2012. [acceso 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
6. Dois A, Contreras A, Bravo P, Mora I, Soto G, Solís C. Principios orientadores del

- Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. RevMed Chile. 2016; 144: 585-592. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n5/art05.pdf>
7. DEIS. Número de Establecimientos de Salud, según tipo, por Servicio de Salud. [Internet]. Chile: DEIS; 2012 [acceso 02 de diciembre de 2016]. Disponible en: http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2012/10/Establecimientos_20sep12.pdf
 8. FONASA, Resultados inscripción en atención primaria [sede Web]. Santiago: Fonasa.cl; 2016 - [actualizada 12 de octubre de 2016; acceso 14 de junio de 2017]._ Disponible en: https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2016/10/12/resultados_inscripcion_en_atencion_primaria.html?from=prestadores
 9. Servicio de Salud Ñuble, Red Asistencial [sede web]. Chile: serviciodesaludnuble.cl; 2016 - [actualizada diciembre de 2016; acceso 23 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.serviciodesaludnuble.cl/sitio/red/>
 10. Instituto Nacional de Estadística. Actualización de población 2002-2012 y proyecciones de población 2015-2020, provincia de Ñuble [sede Web]. Chile: inebiobio.cl; 2015 - [actualizada 6 de noviembre 2015; acceso 15 de junio 2017]. Disponible en: <http://www.inebiobio.cl/archivos/files/pdf/poblacion/Proyecciones/PRESENTACION%20PROYECCIONES%20DE%20POBLACION%20PROV%20%C3%91UBLE.pdf>
 11. Fernández C, Yáñez R. Describiendo el engagement en profesionales de enfermería de atención primaria de salud. Revista ciencia y enfermería. [Revista en internet] dic. 2014. 20 (3) Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532014000300012
 12. Consejo de integración de la Red Asistencial. Cartera de prestaciones APS. [sede Web] Gobierno de Chile; Ministerio de Salud; 2014 [acceso 20 de septiembre de 2016]. Disponible en: http://014/CIRA_25.7.14.pptwww.ssmn.cl/descargas/cira_2

13. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico(OCDE) .Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014 [Internet].Chile.[acceso 30 de septiembre de 2016], Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-CHILE-2014-in-Spanish.pdf>
14. Aguirre-Boza F. Enfermería de Práctica Avanzada en la atención primaria: Ahora es el momento. Edición online N°447: Centros de estudios Públicos: Santiago de Chile: 2016 [acceso 16 de marzo de 2016]. Disponible en: https://www.cepchile.cl/cep/site/artic/20161122/asocfile/20161122094316/pder447_faguirre.pdf
15. Gobernación Provincia de Ñuble, Ubicación Geográfica [Sede web] Chile:Gobernación provincia de Ñuble;2016-[actualizada el octubre 2016; acceso 7 de octubre]. Disponible en <http://www.gobernacionnuble.gov.cl/geografia/>
16. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en establecimientos de atención primaria.[Internet]. Chile: minsal.cl; 2015-[acceso 10 de octubre 2016]. Disponible en: <https://sochimef.files.wordpress.com/2014/12/instrumento-para-la-evaluacion-y-certificacion-final.pdf>
17. Aravena Berrios C. Aplicación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario y sus principios en el ejercicio profesional de psicólogos de atención primaria de salud [monografía en internet]. Santiago, Escuela de Psicología, Universidad de Chile; 2014.[acceso 6 de octubre de 2016] Disponible en: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134258/Memoria%20de%20Titulo%20Catalina%20Aravena.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
18. Cárdenas C, Pinninghoff C. Modelo integral de salud con Enfoque Familiar y Comunitario: Experiencias en la implementación desde un equipo de atención hospitalaria. Revista Chilena Salud Pública 2013; 17 (2): 139-146. [acceso 7 de octubre de 2016] Disponible en:

www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/27114/28745

19. Ibarra J, Hernández A, Meza S. Percepción de la transición del modelo biomédico al modelo biopsicosocial en usuarios internos del CESFAM Pinares, comuna de Chiguayante. Medwave. 2012; 12(1): e5290 doi. Disponible en: <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/5290>
20. Ojeda Guerrero K. Percepción del Modelo de Salud Familiar en funcionarios/as del CESFAM Jean y Marie Thierry. Libro de Resúmenes. En prensa 2015. Disponible en: <http://medicina-familiar.ml/mf/wp-content/uploads/2016/01/libro-resumenes-trabajos-libres-congreso-2015.pdf>
21. Pérez M, Aceituno L. Evaluación de la satisfacción usuaria en un Centro de Atención Primaria de Salud. CuadMédSoc (Chile) 2013, 53(4): 233-240. Disponible en: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2013/53/4/53_4_6.pdf
22. Rivera L. Nivel de satisfacción del usuario frente al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar Comunitaria e intercultural aplicado en la parroquia San Fernando, sector Tambaló durante el periodo de enero a junio 2014. [monografía en Internet]. Ambato: Universidad Técnica de Ambato Facultad Ciencias de la Salud; 2014. [acceso 19 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8338/1/RIVERA%20N%C3%9A%C3%91EZ%20LISSETTE%20ALEXANDRA.pdf>
23. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Objetivos Sanitarios 2000-2010. [Libro en Internet] Chile: Ministerio de Salud; 2006. [acceso 10 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/5.pdf>
24. Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. Aten Primaria. ElsevierDoyma, España 2013; 45(7):384---392. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-primaria-salud-desafios-S0212656713000413>

25. Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave. 2012; 12(11): e5571 doi. Disponible en : <http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5571?tab=relacionados>
26. Organización mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo la atención primaria de salud más necesaria que nunca. [Internet]. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
27. Oficina Central de Planificación de la Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende. Plan de salud, atención médica y medicina social. Cuadernos Médicos Sociales. 2006; Suplemento 1:34. Disponible en: www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/download/56/69
28. Gatica W, Herrera M, Llanos H. De consultorio a centro de salud familiar cambios en los equipos de salud. [Internet] Chile:Gatica W, Herrera M ; 2002 [acceso 25 de marzo de 2017] Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/Santiago%202002/De_consultorio_a_centro_de_salud_familiar.pdf
29. Departamento de Salud Municipal de Quellón. Manual de modelo de salud familiar con enfoque intercultural y complementario para la red de atención primaria de salud de Quellón [Internet]. Quellón: Departamento de Salud Municipal de Quellón; 2013 [acceso 18 de noviembre de 2016]. Disponible en: http://www.academia.edu/4421782/MANUAL_DE_SALUD_FAMILIAR_agosto_2013
30. Academia de Ciencias de Enfermería de Bikaia. Actividad asistencial de la enfermería comunitaria en los centros de salud de atención primaria. [sede Web]. Bikaia: ehu.eus/es. 2013 - [actualizada el 22 de junio de 2017; acceso 22 de junio de 2017] Disponible en <http://www.ehu.eus/ojs/index.php/enf/article/view/15882/13832>

31. Corporación municipal de desarrollo social de San Joaquín, unidad de recursos humanos. Descripción de Cargos y Funciones. [Internet]. Chile: Corporación municipal de desarrollo social de San Joaquín; 2013. [Acceso 9 de noviembre de 2016] Disponible en:
http://www.cdssanjoaquin.cl/transparencia/Potestades_y_Marco_Normativo/Descripcion_de_Cargos.pdf
32. Servicio de Salud Ñuble, Planificación Estratégica 2015-2018 [sede web]. Chile: serviciodesaludnuble.cl; 2016-[actualizada diciembre 2016; acceso 18 de Diciembre de 2016]. Disponible en:
<http://www.serviciodesaludnuble.cl/sitio/pe-2015-2018/>
33. Marañón García M. Desarrollo humano y el enfoque centrado en la persona [Internet]. Hidalgo: Universidad Autónoma del estado de Hidalgo; 2014 [acceso 20 de abril de 2017]. Disponible en:
<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/atotonilco/n2/e2.html>
34. Chicharro Rodríguez P. Nieto Morales C. Diferentes perspectivas de intervención con personas mayores, desde la visión de la práctica profesional. [Libro en Internet] Madrid: Dykinson; 2017. [acceso 22 de junio de 2017]. Disponible en
<https://books.google.cl/books?id=hpwnDwAAQBAJ&pg=PA129&dq=carl%20rogers%20y%20la%20perspectiva%20centrada%20en%20la%20persona&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwiq7uXSp9TUAhXFfpAKHcbUAFYQ6AEISDAH#v=onepage&q=carl%20rogers%20y%20la%20perspectiva%20centrada%20en%20la%20persona&f=false>
35. CasasecaSatre S. La atención centrada en las personas mayores en ámbito residencial. [monografía en Internet] Valladolid: Universidad de Valladolid; 2016 [acceso 23 de junio de 2017]. Disponible en:
<https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/19423/1/TFG-G%201857.pdf>
36. Virtudes Pérez J, Marcela Pezoa G. ¿Qué es Trato Digno para los Pacientes? Elementos que componen el trato digno, Informe Global. [monografía en Internet] Chile: Departamento de Estudios y Desarrollo; 2013. [acceso 13 de mayo de 2017]

- Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-9004_recurso_1.pdf
37. Muñoz Devesa A, Morales Moreno I, Bermejo Higuera J, Galán González J. La relación de ayuda en Enfermería. Scielo. 2014; 23(4). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962014000300008
 38. Ministerio de Salud, Acceso [sede Web]. Chile: Ministerio de Salud; 2015 [actualizada 30 Septiembre de 2015; acceso 10 noviembre 2016]. Disponible en http://www.minsal.cl/medicamentos_acceso/#_ftn2
 39. Juárez-Ramírez C, Márquez-Serrano M, Salgado de Snyder N, Pelcastre-Villafuerte BE, Ruelas-González MG, Reyes-Morales H. La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. RevPanam Salud Publica. 2014 ;35(4):284–90. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892014000400008&script=sci_abstract&lng=pt
 40. Martínez Rodríguez T, Díaz-Veiga P, Rodríguez Rodríguez P; Sancho Castiello M. Modelo de atención centrada en la persona. Presentación de los Cuadernos prácticos. [Libro en Internet]. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 12; 2015. [acceso 23 de abril 2017]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-modeloatencioncuadernosmatia.pdf>
 41. MedicusMundi Navarra y Salud Sin Límites Perú. Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud, basado en la Familia y Comunidad en el Primer Nivel. [Libro en Internet]. Lima-Perú:MedicusMundi; 2012 [acceso 14 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1880.pdf>
 42. Pan American Health Organization, Hacia un modelo de atención integral de salud basado en la atención primaria de salud [sede Web]. Washington, Estados Unidos: Pan American Health Organization; 8 de enero 2012[actualizada el 8 de enero de

- 2012; acceso 15 de octubre de 2016]. Disponible en http://www.paho.org/cot-modelo-atencion/wp-content/uploads/2013/01/Hacia_un_modelo.pdf
43. Rosas Prieto A, Narciso Zarate V, Cuba Fuentes M. Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S) Una visión desde la Medicina Familiar. Scielo. 2013, 30(1): 42-47. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008
44. TitonelliAlvim N. Salud en la Perspectiva de la Integralidad. Scielo. 2013; 17 (4):599 - 602. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/es_1414-8145-ean-17-04-0599.pdf
45. Vidal Gutierrez D, Chamblas García I, Zavala Gutierrez M, MÜLLER GILCHRIST R, Rodriguez Torres M, Chávez Montecino A. Determinantes sociales en Salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. Scielo. 2014; 10(1): 61-74. Disponible en: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v20n1/art_06.pdf
46. Cota Freitas L, Araujo Moreira D, Menezes Brito M. La continuidad del cuidado en la perspectiva del ser cuidado. Sistema de información científica Redalyc. Cogitare Enferm. 2014; 19(4):694-700. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/4836/483647663007/>
47. Gálvez Ibáñez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. Medicina de Familia (And), 2003. 4(1). Disponible en: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n1/09.pdf>
48. Ocampo Rodríguez M, Betancourt Urrutia V, Montoya Rojas J, Bautista Botton D. Sistemas y modelos de salud, su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. Scielo. 2013; 12(24): 144-129. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v12n24/v12n24a08.pdf>
49. Fajardo-Dolci G, Gutiérrez P, García-Saisó S. Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. Scielo. 2015; 57 (2) Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014

50. Wallace S, Enriquez-Haass V. Disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad en el sistema de atención médica en vías de cambio para los adultos mayores en los Estados Unidos. RevPanam Salud Publica/Pan Am J Public Health.2001;10(1) :18-28. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v10n1/5847.pdf>
51. Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud. Pan American Health Organization.2013; 33(3) : 223-229 . Disponible en: http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-march-2013&alias=571-barreras-y-facilitadores-de-acceso-a-la-atencion-de-salud-una-revision-sistemica-cualitativa&Itemid=847
52. Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. [Libro en Internet]. Washington, D.C: OPS; 2010. [acceso 19 de mayo de 2017]. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-sistemas-y-servicios-de-salud&alias=145-redes-integradas-de-servicios-de-salud-aps-n4&Itemid=307
53. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Guía de Territorialización (ESF). [Libro en Internet]. Asunción: Dirección General de Atención Primaria de Salud; 2012 [acceso 06 de mayo de 2017]. Disponible en: <http://www.mspbs.gov.py/aps/wp-content/uploads/2013/11/GUIA-DE-TERRITORIALIZACION.pdf>
54. Secretaria de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Guía para la elaboración de croquis de las unidades de atención primaria. [Libro en Internet]. Santo Domingo: Comisión ejecutiva para la Reforma del sector de salud; 2008. [acceso 15 de junio de 2017]. Disponible en:

http://www.unibe.edu.do/sites/default/files/internados/Guia_Elaboracion_de_Croquis_de_las_UNAP.pdf

55. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Manual de apoyo a la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria. [Libro en Internet]. Chile: Ministerio de Salud; 2008. [acceso 30 de septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
56. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), con la Organización Mundial de la Salud. Pautas éticas para la investigación biomédica en seres humanos. [Libro en internet] Ginebra: CIOMS; 2013[acceso 22 de marzo de 2017] Disponible en: http://www.ub.edu/rceue/archivos/Pautas_Eticas_Internac.pdf
57. Sobre protección de la vida privada. Ley 19.628/1999 de 28 de agosto. Boletín oficial del estado, n° 8143-03, (18-08-1999) 55.
58. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Ley 20.120/2006 de 22 de septiembre. Boletín oficial del estado, n° 1993-11, (07-09-2006)
59. Bernalte Martí V. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. Scielo. 2015; 37; 328-334. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/reflexion1.pdf>
60. Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Futuro y tendencias en formación de recursos humanos en Salud en México para la cobertura universal en salud basada en la atención primaria. [Libro en Internet] México: OPS, OMS; 2014. [acceso 28 de mayo de 2017] Disponible en: http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=989-futuro-y-tendencias-en-formacion-de-recursos-humanos-en-salud-en-mexico-para-la-cobert&category_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493

61. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Gestión, Desarrollo de las Personas Departamento de Calidad, Formación Departamento de Planificación, Control de Gestión de RHS. Informe Sobre Brechas de Personal de Salud por Servicio de Salud. [Libro en Internet]Chile: Ministerio de Salud; 2016. [acceso 22 de abril de 2017]. Disponible en: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf
62. Barbera Ortega M, Cecagno D, SevaLlor A, Heckler de Siqueira H, López Montesinos M, Maciá Soler L. Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. Scielo. 2015; 23(3):404-10. Disponible en:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf
63. Avello Martínez R, Duarte J. Nuevas tendencias de aprendizaje colaborativo en e-learning. Claves para su implementación efectiva. Scielo.2016; 42(1). Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-07052016000100017
64. Sardinha et al. Educación permanente, continuada y de servicio: desvelando sus conceptos. Enfermería Global. 2013; 29: 307-323. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/141801/144111>
65. Valdebenito Pino J, Barquero A, Carreño M. Gestión del cuidado: conocimiento de enfermeros (as) de un hospital de la Región Metropolitana, Chile. Scielo. 2015; 21 (1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100012
66. Rueda Martínez V. Condicionantes de género en la profesión enfermera. [monografía en Internet]. Logroño: Universidad de la Rioja; 2014 [acceso 13 de junio de 2017]. Disponible en: http://biblioteca.unirioja.es/tfe_e/TFE001071.pdf
67. Martínez Mediano C, Galán González A. Técnica e instrumentos de recogida y análisis de datos. [Libro en Internet]. Edición digital. Madrid: Universidad Nacional

- de Educación a Distancia; 2014. [acceso 03 de junio de 2017]. Disponible en: <https://books.google.cl/books?id=iiTHAwAAQBAJ&pg=PA222&dq=variabilidad+y+muestra&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjDqNedsKzUAhVETZAKHaTbBKwQ6AEIRjAG#v=onepage&q=variabilidad%20y%20muestra&f=false>
68. Guerrero Pasijojoa V, López Vallejo A, Mavisoy Fajardo S, Rodríguez Zambrano K, Rosero Pantoja C, Acosta M. Desempeño del Profesional de Enfermería en el área asistencial en una institución de salud de la ciudad de Pasto - Nariño 2009- 2010. Revista Unimar. 2010; 43-50. Disponible en: <http://www.umariana.edu.co/ojs-editorial/index.php/unimar/article/viewFile/191/168>
 69. RaileM ,Mariner A. Modelos y Teorías de Enfermería, séptima edición. España: Elsevier; 2011.
 70. Riveros Jopia P. La Participación en el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, Comuna de Cerro Navia. [monografía en Internet]. Cerro Navia: Universidad academia de humanismo cristiano; 2012 [acceso 7 de octubre 2016]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/700/ttraso%20375.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 71. Pérez Zambrano M, Rendón Álvarez M, Factores Asociados con la Inasistencia a la Consulta de Promoción y Prevención en Salud en una IPS de la Ciudad de Medellín 2016. [Monografía en internet]. Medellín: Universidad del Ces, Facultad de Medicina, Especialización en Epidemiología; 2016 [acceso 20 de marzo de 2017]. Disponible en: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/4394/1/Caracteristicas_asociadas_inasistencia.pdf
 72. Fonseca Canteros M. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. Scielo. 2016; 68(3). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000300012

73. Diccionario de la lengua española. 23° ed. España: Real academia española; 2014. Edad. [Acceso: 30 de noviembre 2016] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
74. Instituto Nacional de estadísticas Chile. Glosario de términos de demografía y estadísticas vitales. [sede web]. Chile. Instituto Nacional de estadísticas [acceso 1 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf>
75. Diccionario de la lengua española. 23° ed. España: Real academia española; 2014. Egresar. [acceso 15 de diciembre de 2016]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=ERFDUQw>
76. Diccionario de la lengua española. 23° ed. España: Real academia española; 2014. Recepción. [acceso 12 de marzo de 2017] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=VPXyHQm>
77. Diccionario de la lengua española. 23° ed. España: Real academia española; 2015. Tipo. [acceso 13 de junio 2017] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=ZpMjpMC>
78. Diccionario de la lengua española. 23° ed. España: Real academia española; 2015. Realizar. [acceso: 12 de junio 2017] Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=VHUV2Pi>

VI. ANEXOS.

ANEXO 1. Definición conceptual y operacional de variables.

Variable	Definición nominal	Definición operacional
Nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.	El profesional de enfermería realiza todas las actividades de su profesión enfocándose en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en base a las tres dimensiones principales, que corresponden a integralidad, centrado en las personas y continuidad del cuidado (5).	Expresadas en: • Ningún conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo. • Escaso conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo. • Regular conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo. • Suficiente conocimiento y/o aplicación de los principios del

		modelo. • Amplio conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo.
Edad	Tiempo que ha vivido una persona (73).	Expresada en años cumplidos por el enfermero/a al momento de la entrevista.
Sexo	Es la característica biológica que permite clasificar a los seres humanos en hombres y mujeres (74).	Expresada en: • Hombre • Mujer
Año de egreso de la universidad	Años desde que el profesional egresó de la universidad (75).	Expresada en números de años desde que egresa de la universidad.
Recepción de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y	Efecto de recibir capacitación (76).	Expresada en: Sí o No.

Comunitaria		
Tipo de capacitación	Clase de capacitación recibida (77).	Expresada en: ● Diplomado ● Curso de capacitación online ● Curso de capacitación presencial ● Post – título
Años desde que realizó la capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria el profesional de enfermería.	Tiempo transcurrido desde que llevo a cabo la capacitación (78).	Expresada en número de años desde que recibió la capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
Años trabajando en APS.	Años que lleva en el ejercicio profesional de enfermería en APS (5).	Expresada en números de años de trabajo en APS.

ANEXO 2. Cuestionario autoaplicable de antecedentes sociodemográficos, académicos y laborales.



Instructivo para responder “Cuestionario autoaplicable de antecedentes sociodemográficos, académicos y laborales”.

Estimado participante:

Agradecemos su colaboración con la investigación, a continuación, se presenta un cuestionario que tiene como objetivo recabar información general acerca de los antecedentes sociodemográficos de la población de estudio, el tiempo estimado para contestar las preguntas es de máximo 5 minutos. Este instrumento será aplicado también a sus colegas y la información recabada será compilada en un informe.

A continuación se le presentan 5 preguntas cerradas que deberá responder: En las preguntas 1, 3 y 4 usted debe responder con números (1,2,3,...) según corresponda sus datos personales: edad, año de egreso de la universidad y años trabajando en CESFAM respectivamente. En las preguntas 2 y 5 debe marcar con una X la opción que le corresponda, hombre o mujer y Sí o No respectivamente. Además, en la pregunta 5 si su respuesta es Sí, debe especificar el tipo de capacitación y el número de años desde que la realizó.



“Cuestionario autoaplicable de antecedentes sociodemográficos, académicos y laborales”.

1. Edad: años.

2. Sexo:

Mujer ☐

Hombre ☐

3. Años desde que egresó de la universidad: años.

4. Años trabajando en CESFAM: años.

5. Capacitación de enfermeros en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (marque con un X tipo de capacitación que ha realizado):

Diplomado

☐

Hace

años

Curso de capacitación online

☐

Hace

años

Curso de capacitación presencial

☐

Hace

años

Post - título

☐

Hace

años

ANEXO 3: “Cuestionario autoaplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”.



Instructivo para responder “Cuestionario autoaplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”.

Estimado participante:

El siguiente cuestionario a administrar tiene por objetivo evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de las 3 principales dimensiones del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, por parte de los profesionales de enfermería, el tiempo estimado para responder las preguntas es de máximo 15 minutos.

Este consta de 28 reactivos con 5 opciones, en los cuales usted deberá marcar con una X la aseveración que represente su proceder en el ejercicio de su profesión, siendo las 5 opciones: el puntaje 1 corresponde que posee ningún conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo de atención familiar, 2 corresponde a escaso conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo, 3 significa un regular conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo, el 4 suficiente conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo y finalmente el puntaje 5 significa amplio conocimiento y/o aplicación de los principios del modelo.

“Cuestionario autoaplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”

Nº	Ítems.	1	2	3	4	5
1.-	Conoce y aplica el conducto regular en caso de reclamo de parte de un usuario.					
2.-	Considera las creencias de los usuarios en los planes de cuidados.					
3.-	Conoce los conductos administrativos para la derivación de los usuarios a otros niveles de atención.					
4.-	Ejecuta talleres para fomento de capacidades de autocuidado de los usuarios y familias.					
5.-	Conoce las pautas de evaluación de los Centros de Salud y las brechas que se deben enfrentar para dar una atención Integral.					
6.-	Sabe si en el sector se gestionan los cambios de hora oportunamente.					
7.-	Conoce el concepto de RISS (Redes integradas de Servicios de Salud), que aportan a la continuidad de la atención.					
8.-	Aplica protocolos de cuidados de los usuarios de acuerdo a las necesidades pesquisadas.					
9.-	Planifica y participa activamente en acciones de promoción de la salud y prevención en la comunidad.					
10.-	Cuando debe ausentarse a su trabajo por alguna actividad programada, avisa con anticipación al usuario.					
11.-	Después de derivar un usuario a otro nivel de la red asistencial desarrolla un sistema de seguimiento.					
12.-	Frente al ingreso de un usuario nuevo, conoce y aplica el protocolo para rescatar su historia clínica antigua.					
13.-	En caso de ausentismo de los usuarios, averigua los motivos de inasistencia.					

Nº	Ítems.	1	2	3	4	5
14.-	Conoce el costo de RRHH (dotación) y materiales (presupuesto) para atender las necesidades de su población y las que utiliza en la atención de un usuario.					
15.-	Tiene identificados los factores de riesgo y de vulnerabilidad de las familias en su sector.					
16.-	Conoce las redes de apoyo social y existencia de líderes comunitarios en su sector.					
17.-	Conoce las condiciones socioambientales en las que viven las familias de su sector y utiliza los determinantes de la salud en su atención.					
18.-	Conoce e identifica el ciclo de vida del usuario e incorpora la gestión del cuidado de acuerdo a los riesgos identificados.					
19.-	Entrega a los usuarios educación, folletos y pautas de autocuidado, de crianza, preventivas y promocionales.					
20.-	Conoce los protocolos de calidad que proporcione una atención segura para los usuarios.					
21.-	Es integrante activo/a del equipo de su sector y participa en reuniones.					
22.-	Tienen algún sistema de priorización de familias vulnerables en su sector.					
23.-	Planifica cuidados individuales con acciones de promoción y prevención para las familias de acuerdo a su vulnerabilidad.					
24.-	Conoce o identifica a los usuarios de su sector y número de ellos.					
25.-	Mantiene horarios que faciliten el acceso a los usuarios al sistema.					
26.-	Conoce la ley de derechos y deberes, y se preocupa que se cumpla.					
27.-	Planifica en equipo y ejecuta los cuidados planificados, en la atención de los usuarios o familias vulnerables.					
28.-	Conoce el diagnóstico de salud de su sector y el Plan de Salud Comunal.					

ANEXO 4: Consentimiento informado.

Estimado participante:

Quienes suscriben: Paulina Aedo Aqueveque 18.215.900-k

Luisa Calderón Palacios 18.654.283-5

Giovanna Espinoza López 18.877.382-6

Paula Espinoza Salvo 19.035.037-7;

Estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, están realizando la investigación titulada: **“DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERAS/OS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE”** siendo dirigida por la académica Aurora Henríquez Melgarejo del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

El objetivo del estudio es “Describir en los profesionales de enfermería que laboran en APS en la provincia de Ñuble la aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”.

Su participación consiste en contestar el “Cuestionario autoaplicado de antecedentes sociodemográficos, académicos y laborales” y “Cuestionario autoaplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”. Es muy importante que conteste este cuestionario por una sola vez. Esto le tomará aproximadamente 15 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad. Su nombre no será utilizado y la información será sólo almacenada por los investigadores en dependencias institucionales, no existiendo copias de ésta. Esta información será sólo utilizada en esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación, por tanto, serán anónimas. Ningún

informe o publicación que se genere como resultado de ese estudio lo identificará de ninguna manera.

Participar en este estudio de investigación depende de usted. Puede decidir no participar o abandonar el estudio en el momento que usted lo decida, incluso posterior al inicio del estudio. Por ello, NO recibirá ninguna penalización.

El estudio no conlleva ningún riesgo para su salud ni recibe ningún beneficio. No recibirá compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en el Escuela de Enfermería de la Universidad del Biobío, si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con la académica Aurora Henríquez Melgarejo al fono +56977648605 o al correo ahenriquez@ubiobio.cl

Este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en poder del participante.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente

Paulina Aedo A.

Luisa Calderón P.

Giovanna Espinoza L.

Paula Espinoza S.

Investigadoras.

ACEPTACIÓN.

Yo, _____, he leído el procedimiento descrito arriba. Los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes de Enfermería, Paulina Aedo, Luisa Calderón, Giovanna Espinoza y Paula Espinoza sobre “DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERAS/OS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE. He recibido copia de este consentimiento.

Firma participante

Nombre y firma de la persona que

Obtiene el consentimiento

Nombre y firma del académico

Chillán, ____/____/2017

ANEXO 5: Certificación de comité de bioética de Universidad del Bío-Bío



Universidad del Bío-Bío

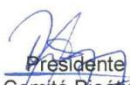
CERTIFICACION

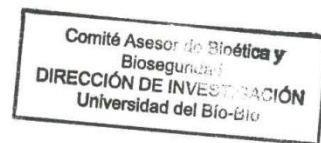
El Comité de Bioética de la Universidad del Bío-Bío, presidio por el Dr. Sergio Acuña N. (Director de Investigación, Docente), con fecha 18 de Abril de 2017, ha revisado el Proyecto titulado **"Descripción de la aplicación de los principios del modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en el ejercicio profesional de enfermeras/os de Atención Primaria, en CESFAM de la Provincia de Ñuble"**, que está siendo realizado por los estudiantes de 5^{to} año de la carrera de Enfermería, Paulina Aedo Aqueveque, R.U.T.: 18.215.900-K, Luisa Calderón Palacios, R.U.T.: 18.654.283-5, Giovanna Espinoza López, R.U.T.: 18.877.382-6, Paula Espinoza Salvo, R.U.T.: 19.035.037-7, y guiado por la Mg. Aurora Henríquez Melgarejo del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

Este Comité basa lo que a continuación se señala, en la revisión de los documentos presentados por la Mg. Henríquez:

1. Se ha tenido a la vista el documento de consentimiento informado que firmarán los participantes de la investigación.
2. La metodología utilizada, cuestionarios, no vulnera la dignidad de las personas involucradas, por lo tanto no constituye una amenaza bajo ninguna circunstancia ni causa daño emocional ni moral a los investigados.
3. Este comité garantizará el derecho a la privacidad y al anonimato de los sujetos de investigación.
4. El investigador y la académica establecen y garantizarán la confidencialidad de los datos de investigación, en los casos que así lo ameriten.
5. El Comité ha comprobado que la investigación cumple con el respeto a los derechos humanos de los participantes y se ajusta a estándares científicos y éticos propios de la disciplina y de la Institución, los modelos de consentimiento toman en consideración los elementos señalados, con las garantías que se otorgan a sujetos vulnerables.

La presente certificación se extiende para los fines que se estimen pertinentes.


Presidente
Comité Bioética
Universidad del Bío-Bío



Sede Concepción

Avda. Collao N° 1202 Casilla 5-C Fonos: (56-41) 261200 Fono/Fax: (56-41) 322883 -VIII Región - Chile

Sede Chillán

Avda. Andrés Bello s/n Casilla 447 Fonos/Fax: (56-42) 253000 / Departamento Ciencias Básicas Fono: 253049 -VIII Región - Chile

E-mail: ubb@ubiobio.cl

www.ubiobio.cl

ANEXO 6: Solicitud de Autorización.

OFICIO N° /

MAT.: Solicita Autorización

CHILLÁN,

A: SR.

Director/a CESFAM; Director/a DESAMU

DE: SRA. PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería, Universidad del Bío-Bío, Chillán

De mi consideración:

Junto con saludarle, me dirijo a usted, con el propósito de informarle que los estudiantes de V Año de la Escuela de Enfermería de esta Casa de Estudios Superiores, que a continuación se mencionan, se encuentran desarrollando su Tesis, titulada **“DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL EJERCICIO PROFESIONAL DE ENFERMERAS/OS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA PROVINCIA DE ÑUBLE, 2017”** con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:

Paulina Aedo Aqueveque 18.215.900-k

Luisa Calderón Palacios 18.654.283-5

Giovanna Espinoza López 18.877.382-6

Paula Espinoza Salvo 19.035.037-7;

Académico Guía: EU Mg Aurora Henríquez Melgarejo.

Propósito de la Tesis: Determinar la aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte del profesional de enfermería que laboran en APSen la provincia de Ñuble.

Objetivos Generales de la Tesis: Describir el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria y las características sociodemográficas, académicas y laborales de los profesionales de enfermería que laboran en APS en la provincia de Ñuble.

En base a lo anteriormente expuesto, me permito solicitar a usted, tenga a bien otorgar la autorización y facilidades necesarias, para que los estudiantes, puedan acceder a la información necesaria y aplicar instrumentos de análisis de datos a usuarios del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de abril del año 2016, resguardando la confidencialidad y anonimato de la información recopilada.

Sin otro particular, y en espera que la presente cuente con una favorable acogida, atentamente,

PAMELA MONTOYA CÁCERES

Directora Escuela de Enfermería