



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

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

**VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL  
MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR, ÑUBLE 2018**

Autores:

ARAVENA RUBILAR MACARENNA STEFANIA

BASTIAS RIVAS VIVIAN MARICELA

CONTRERAS SANCHEZ JAVIERA LORENA

FERNANDEZ SEPULVEDA NICOLAS BASTIAN

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

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE  
LICENCIADO EN ENFERMERÍA  
CHILLÁN 2018**



## **AGRADECIMIENTOS**

En primera instancia queremos agradecer a nuestras familias, por confiar en nosotros, acompañarnos en cada una de las decisiones y caminos que hemos elegido a lo largo de nuestras vidas.

Sumar a nuestros amigos y parejas, por su apoyo incondicional, acompañarnos en cada una de nuestras batallas enfrentadas en esta etapa y por sobre todo por su amor.

A nuestra profesora guía, la señora EU. Mg Aurora Henríquez Melgarejo, por su entrega, dedicación, por siempre estar dispuesta a resolver nuestras dudas, darnos una palabra de aliento, por toda la compañía entregada durante estos meses de trabajo y esfuerzo.

A nuestra escuela de enfermería, sobre todo a cada uno de las personas que integran el cuerpo docente de esta hermosa carrera, por brindarnos las herramientas y oportunidades para crecer como futuros profesionales del área de la salud, por el compromiso y esmero que tienen con sus alumnos y por motivarnos, a ser día a día mejores en el desarrollo del cuidado humanizado y biopsicosocial.

A cada una de las personas que de una u otra forman aportaron un granito de arena para lograr los distintos desafíos que enfrentamos en este proceso que está a portas de finalizar.

Gracias a todos.

**Macarena Aravena Rubilar**  
**Vivian Bastias Rivas**  
**Javiera Contreras Sánchez**  
**Nicolás Fernández Sepúlveda.**

## DEDICATORIAS

Quiero primero que todo agradecer a Dios por estar presente en mi vida. Dedicar esta tesis a mis padres Gladys y Marcelo, por brindar su apoyo incondicional, por creer en mis capacidades, por guiarme y acompañarme durante todos estos años, a mi hermano a pesar de su corta edad me motiva a seguir día a día creciendo como persona, a mi pololo Juan por acompañarme en esta nueva etapa, por brindarme su cariño, amor, ayuda y soportarme en los momentos de estrés. A mis compañeras de tesis, por el cariño que me entregaron mientras estuvieron realizando este trabajo junto a mí. Gracias por todo.

***Macarena Stefania Aravena Rubilar***

A Dios, porque sin él nada de esto hubiese sido posible. A mis padres, Viviana y Washington, quienes me criaron y formaron en la persona que hoy en día soy, a mis hermanos Billy y Nataly por ser mi apoyo incondicional. A mis segundos padres, Flor y Manuel, quienes nunca me han dejado sola y han estado siempre ayudándome en cada tropiezo de mi vida, a mi pololo Kevin por estar a mi lado en todo mi periodo universitario, demostrándome su cariño, amor y paciencia infinita, al igual que su familia, haciéndome sentir una más de ellos. A mi abuelita Florinda, tíos, primos, amigos, a mi Primera Cía. del Cuerpo de Bomberos de Pinto, todos fueron pilares fundamentales en el desarrollo de mi formación profesional y les agradezco de corazón.

***Vivian Maricela Bastias Rivas***

Durante este proceso que nos llevó casi un año completar quiero agradecerle a Dios por darme la vida y por llenarme de sabiduría para poder llegar a ser lo que soy, a mi madre Lorena y a mí padre Julio que fueron una de las de las piezas fundamentales para llevar a cabo esta etapa ya que estuvieron siempre para ayudarme en todo lo que necesitaba, también agradecer al resto de mi familia mi hermana Camila, mi abuela Raquel, por guiarme y aconsejarme, a Camilo por su compañía y cariño durante estos meses. Finalmente a mi equipo de básquetbol por ser una distracción y relajación en este hermoso, pero intenso proceso, gracias a todos ellos pude cumplir con éxito una de las etapas más importantes de mi carrera de pre grado, la tesis.

***Javiera Lorena Contreras Sánchez***

A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado de su infinita gracia, bondad y amor, a mis padres Mauricio y Anita por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida e incondicional apoyo, a mis hermanas pequeñas Katalina y Maura, que las quiero mucho y a mi hermosa novia Katherinne, amigos y familiares que me apoyaron cada día y me alientan a ser mejor.

***Nicolás Bastián Fernández Sepúlveda***

## RESUMEN

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria promueve una atención biopsicosocial del usuario y es el instaurado en Chile desde el año 2000, por lo que existe una diversidad de profesionales en la APS que deben aplicar este modelo, pero hasta hoy no existe un instrumento validado que permita dar alguna información sobre el conocimiento y aplicación de este modelo de atención. Objetivo: Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario autoaplicable para determinar el nivel de conocimiento y aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en profesionales de APS. Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal, una muestra de 209 Profesionales de Salud. El “Cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria” posee 31 ítems basados en 3 constructos: centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado. Los datos fueron procesados con software estadístico SPSS v.21,  $\alpha$ -Cronbach y análisis de componentes principales. Resultados: La fiabilidad del instrumento dio un  $\alpha$ -Cronbach global de 0,929. Al evaluar la validez de constructo por componentes principales se obtuvieron 7 componentes. Estos explican el 62,5% de la varianza total. Conclusión: El instrumento cumple con las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez.

**Palabras claves:** Atención primaria de salud, confiabilidad, validez.

## ABSTRACT

The Integrated Care Model of Community and Family Health promotes a biopsychosocial attention of the user and it has been established in Chile since 2000, so there is a variety of professionals in the Primary Health Care that must apply this model, but till now there is no validated instrument that allows to give some information about knowledge and application of this care model. Objective: to evaluate psychometric properties of reliability and validity of the questionnaire self-applicable to determine the level of knowledge and application of the principles of the Integrated Care Model of Community and Family Health in professionals of Primary Health Care. Materials and Methods: cross-sectional descriptive study, a sample of 209 health professionals. The “questionnaire to evaluate the level of knowledge and application of the principles of the Integrated Care Model of Community and Family Health” has 31 items based on 3 constructs: centered on the people, integrality and continuity of care. The information was processed with statistical software SPSS v.21,  $\alpha$ -Cronbach and analysis of main components. Results: the reliability of the instrument gave a  $\alpha$ -Cronbach global de 0,929. When assessing the validity of the construct by main components it is obtained 7 components. They explain the 62,5% of the total variance. Conclusion: the instrument fulfills with the psychometric properties of reliability and validity.

**Key words:** Primary Health Care, reliability, validity.

## ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	3
1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	6
1.4 PROBLEMATIZACIÓN .....	6
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 a nivel nacional .....	8
1.5.3 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria .....	10
1.5.4 Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.....	11
1.5.5 Profesionales sanitarios en Atención Primaria de Salud .....	16
1.5.6 Características psicométricas de un instrumento .....	18
1.6 MARCO EMPÍRICO.....	28
1.7 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	32
Objetivo general.....	32
Objetivos específicos.....	32
II. MÉTODOS .....	33
2.1 TIPO DE DISEÑO .....	33
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO .....	33
2.3 MUESTRA .....	33
2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS.....	34
2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD .....	34
2.6 LISTADO DE VARIABLES .....	34
2.7 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO RECOLECTOR.....	35
2.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS .....	36
2.9 ASPECTOS ÉTICOS.....	36
2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.....	37
III. RESULTADOS .....	38

IV.DISCUSIÓN.....	49
4.2 LIMITACIONES .....	56
4.3 SUGERENCIAS.....	57
4.4 CONCLUSIONES .....	57
V. BIBLIOGRAFÍA .....	60
VI. ANEXOS .....	69



## I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el concepto salud tiene una definición concreta: es el estado completo de bienestar físico y social que tiene una persona. Esta definición es el resultado de una evolución conceptual, ya que surgió en reemplazo de una noción que se tuvo durante mucho tiempo, que presumía que la salud era, simplemente, la ausencia de enfermedades biológicas. Por lo tanto actualmente se entiende la salud como un conjunto de factores biológicos, emocionales y espirituales que contribuyen a un estado de equilibrio en el individuo. De esta manera el ser humano crece en todos los ámbitos de la vida, por lo tanto, se siente sano y feliz (1).

En este contexto se hace necesario destacar el rol de la atención primaria, ya que tiene una alta responsabilidad en los cambios del modelo de atención del sistema en general, y en la aplicación del Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitaria que se está implementando en el país desde el año 2000, resolviendo algunos desafíos a nivel primario de atención como lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de los otros; alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad y favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud (2).

Para que la implementación del modelo sea efectiva es necesario utilizar un instrumento que determine si los profesionales de la atención primaria aplican el Modelo de Salud Integral Familiar y Comunitaria en sus respectivas tareas laborales. Para ello se creó en Chile en el año 2017 por Aedo P. *et al.* (3) el cuestionario de aplicación de los principios

del Modelo de Atención Integral de Salud Familia y Comunitaria para evaluar su nivel de aplicación, siendo uno de los pioneros en este ámbito de la salud.

Para utilizar con propiedad un cuestionario, previamente es necesario comprobar si mide apropiadamente y de modo constante en las mismas circunstancias, si es sensible a los cambios de la situación clínica, si en la práctica no presenta dificultades de aplicación, entre otros aspectos. Toda esta comprobación de sus características es lo que se llama proceso de validación (4).

La validación de un instrumento es un proceso continuo y dinámico que va adquiriendo más consistencia cuantas más propiedades psicométricas se hayan medido en distintas culturas con distintas poblaciones y sujetos. En el presente estudio se validan tres constructos del instrumento con profesionales de salud de la atención primaria de la región de Ñuble (5).

Para el desarrollo de esta investigación se plantea el siguiente objetivo: *Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario de aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y comunitaria, para determinar el nivel de conocimiento y aplicación de los principios.*

Conscientes de la relevancia que posee esta investigación para el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, se espera contribuir con este trabajo a mejorar la calidad de la atención entregada a muchas familias y personas en la región y posteriormente a nivel de todo el país (6).

## 1.2 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Actualmente se vive en una época de constantes cambios en salud en pos del perfeccionamiento de atención, enfermería no está excluida de esto y son variados los estudios que en cada periodo de tiempo van aportando mejorías al plan de atención y cuidados que se ejecutan a la población, ya sea en el área intra o extrahospitalaria. Existe una constante innovación que implica la incorporación de conceptos o enfoques que nacen desde la misma premisa de querer establecer el cuidado más holístico posible al usuario al momento de ser atendido. En Chile, uno de los principales modelos implementados en APS posterior a la reforma de salud del año 2000, es el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria el cual define que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado y el cual tiene dentro de sus propósitos disminuir las desigualdades y asegurar equidad de acceso a los servicios de salud (7).

Desde los inicios hasta ahora se han instaurado aproximadamente 1.922 establecimientos de APS a nivel nacional, los que deben abarcar una cobertura de 12.277.948 personas aproximadamente (8, 9). Para poder determinar si estos centros de atención utilizan el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario es necesario aplicar un instrumento que permita medir el grado de conocimiento y aplicación de este modelo en los distintos profesiones en la Atención Primaria de Salud, este instrumento fue creado por Aedo P. *et al* (3) en el año 2017, pero se debe poder determinar su validez y fiabilidad para que pueda ser aplicado a nivel nacional en los distintos centros de salud familiar, de esta forma se puede comprobar si efectivamente los trabajadores de la atención primaria utilizan y conocen el Modelo de Salud Familiar (10).

Medir adecuadamente este fenómeno es preciso para la disciplina, puesto que a través de la construcción y utilización de instrumentos válidos y confiables se fortalece la enfermería y el área de investigación, además de permitir evidenciar su aplicabilidad y

sensibilidad frente a las diversas situaciones que abarca el cuidado de la salud en atención primaria, por lo que se hace imperioso completar uno de los pasos en la escala de la construcción de un instrumento como lo es reportar el grado de confiabilidad de esta nueva herramienta, más exactamente la estabilidad que puede sustentar este instrumento para determinar la situación real de la aplicación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (11).

La información en cuanto a la medición de la aplicación del modelo es escasa, esto es esperable, ya que actualmente Chile no cuenta con ningún instrumento que permita esta medición en los profesionales que trabajan en Atención Primaria de Salud.

### **IMPORTANCIA PARA ENFERMERÍA**

En Chile, como en otros países, la Atención Primaria de Salud está conformada por un equipo multidisciplinario, en donde junto con sus usuarios son responsables de mejorar o al menos mantener la salud de estos de la mejor manera posible, es por ello la importancia de conocer si se aplica este Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte de todos los que conforman este equipo, pero más importante aún, para los profesionales de enfermería, ya que esta profesión cumple entre otras funciones, un rol dentro del equipo de trabajo como agente promotor de la salud, dada la constante interacción que mantiene con los usuarios a través de todo el ciclo vital, y comprobar que un profesional de enfermería esté aplicando este modelo, será fundamental porque se podrá ver reflejado en respuestas favorables en la salud de la comunidad (12).

Dada las escasas investigaciones que orientan acerca de su aplicación (5, 13) es que se hace necesario saber si los profesionales que laboran en APS poseen los conocimientos necesarios y logran aplicarlos de acuerdo a lo estipulado en el modelo, lo que permitirá aportar datos relevantes para poder identificar las falencias u obstáculos que conlleva el aplicar el modelo, el cual eventualmente podría necesitar de supervisión o regulación para que se implemente tal y como se propone, con el fin de beneficiar a los usuarios, sus familias y comunidad.

También es importante desde el punto de vista de la investigación, trabajar con documentos confiables y validos favoreciendo el ejercicio de la enfermería basándose en evidencia (4).

### **1.3 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:**

¿Cuáles son las propiedades psicométricas, fiabilidad y validez del cuestionario de aplicación de los Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en los profesionales de la salud que trabajan en Atención Primaria de Salud en Ñuble?

### **1.4 PROBLEMATIZACIÓN:**

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad y sexo) de los participantes del estudio?
2. ¿Cuáles son las características laborales (profesión, años trabajados en APS, capacitación y tipo de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria) de los participantes del estudio?
3. ¿Cuál es la confiabilidad del cuestionario de aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria?
4. ¿Cuál es la validez de constructo del cuestionario de aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, mediante análisis factorial exploratorio?

## **1.5 MARCO TEÓRICO**

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

Las características y los objetivos de la Atención Primaria de la Salud (APS) se plantearon hace más de tres décadas durante la conferencia de Alma Ata, esta surgió en función de un diagnóstico global que alertaba sobre la gran desigualdad existente en la condición de salud de las personas, especialmente entre los países desarrollados y los países en desarrollo, pero también dentro de cada nación; así, a partir del conocimiento universal de la salud como derecho y como objetivo social, y en el convencimiento de que a la misma debe llegarse de forma contextualizada, los organismos sanitarios internacionales propusieron la estrategia de la APS como instrumento idóneo para transformar los sistemas de salud y para mejorar las condiciones de salud general (14).

Sin embargo, el pasar desde la formulación teórica y metodológica hacia la implementación política de la APS no fue sencillo. La falta de discusión política, los costos excesivos, la dificultad para producir cambios institucionales y la imposibilidad de disciplinar a todos los trabajadores del sector salud en torno a un sistema único articulado a través de una estrategia única, fueron algunos de los factores que obstaculizaron, particularmente en América Latina, la puesta en marcha de una APS integral como lo propiciaban la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de Salud (OMS) (14).

Durante los años noventa predominó en el diseño y en la ejecución de las políticas sociales un modelo minimalista en lo social. Respecto de las políticas de salud, este modelo significó la definición de una canasta básica de prestaciones y la orientación de los recursos del estado solamente hacia los grupos más desfavorecidos (14).

La APS pasó a ser sinónimo de programas sanitarios compensatorios o de emergencia destinados a los llamados grupos vulnerables de la población, transformándose en una herramienta central para los programas de atención de la pobreza extrema (15).

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 estas: cobertura universal, servicios centrados en las personas, políticas públicas saludables y liderazgo (15).

### **1.5.2 Evolución del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria a nivel nacional**

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de salud. En el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley Nº 4.054), por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario o seguro de enfermedad e invalidez. Esta ley significó el compromiso del Estado de proporcionar atención de salud a todos los trabajadores, lo que dio nacimiento a la medicina social en Chile (16). En 1952 se promulgó la Ley 10.383 que estableció el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación (17).

Este desarrollo temprano en el tema de la seguridad social en salud, llevó a los médicos chilenos a realizar propuestas relacionadas con lo que posteriormente sería definido como Atención Primaria de Salud (18).

Con posterioridad, y como consecuencia de las políticas impulsadas por el régimen militar, se realizaron reformas del sistema global de salud de carácter neoliberal, que cambiaron el rol y la importancia del Estado y promovieron al sector privado. A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud, reorganizando el Ministerio de Salud y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979). Desde 1981 se concretó el traspaso de la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades (18).

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. 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. 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 (19).

El Ministerio de Salud (MINSAL) realizó el año 2003 una descripción del Modelo de Atención de Salud, determinando que en lo que se refiere a la atención primaria, los consultorios no cuentan con la capacidad para resolver los principales problemas de salud de la comunidad. Esto se evidencia en deficiencias en la oportunidad de la atención, afectando la impresión de la población sobre su confiabilidad y generando problemas de trato del personal hacia los usuarios. Lo anterior se traduciría en una gran demanda de la comunidad hacia los servicios de urgencia hospitalarios (aproximadamente un 50% de las consultas totales) y la derivación excesiva desde el consultorio al nivel secundario, con un porcentaje de resolución menor del esperado para el nivel primario de atención (18).

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 (20).

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 (2).

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 (21).

### **1.5.3 Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**

El Modelo de Atención Integral de Salud se define como *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”* (2).

Si bien esta definición reconoce una visión integral de las personas, se centra en la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de prestaciones. Dado el marco de la renovación de la APS, la adhesión a los objetivos del milenio, el proceso de Reforma del Sector Salud y la experiencia acumulada en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud a lo largo del país, se ha identificado la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral de Salud, atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario y recoger la operacionalización del modelo biopsicosocial. Es así que el Modelo de Atención Integral de Salud, se ha conceptualizado de la siguiente forma: Un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone

a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer incluido el intersector y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales (2).

El modelo en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad) mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades (educación, vivienda, recreación entre otros) (22).

#### **1.5.4 Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria**

En el desarrollo histórico de la atención primaria orientado hacia una mejoría de la equidad en los resultados en salud, se han descrito distintos principios que sustentan el Modelo de Atención Integral en Salud. Asimismo en el documento “Modelo de Atención Integral en Salud” del MINSAL el año 2005, fueron consensuados y expuestos los siguiente principios “centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado”. Ciertamente que la operacionalización de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud, se efectúa en el marco de un trabajo en red y en equipo. A continuación se revisan su conceptualización y aplicabilidad (2).

## **Centrado en las personas**

Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto equipo de salud como usuarios. Pone el foco en la persona condicionada por su género y su realidad social y económica, concebida como un ser integral, con capacidades, conocimientos, sentimientos y valores que nutren tanto su dimensión física como intelectual y social (2).

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio son:

- Establecer un trato de excelencia con las personas en cualquier punto de contacto, basado en una comunicación efectiva y respeto a la dignidad y a los derechos de cada una de ellas.
- Establecer relaciones de confianza y de ayuda.
- Facilitar el acceso de la población a la atención de salud.
- Asegurar el acceso a la atención de los grupos más vulnerables.

Este principio se basa en el trato dado por los profesionales a los usuarios, destacándose la manera en que los profesionales se aproximan a los usuarios, les saludan, personalizan sus interacciones y demuestran un trato respetuoso e interesado. El trato respetuoso considera el reconocimiento de valores y creencias del usuario y su participación activa en las decisiones vinculadas a su salud. Esto se relaciona directamente con el marco conceptual de la APS que desde la perspectiva biopsicosocial, reconoce al usuario como persona y enfatiza en el poder y responsabilidad compartidos en el cuidado de la salud, construido sobre una alianza terapéutica profesional-usuario que promueve el empoderamiento y la participación de las personas en la toma de decisiones que conciernen a su salud. Estos elementos se vinculan con mejoras en los índices de satisfacción usuaria, en los resultados clínicos a mediano y largo plazo y en la organización

y coordinación de los servicios que ofrecen los prestadores de salud, lo que se traduce en una mejor calidad de atención y disminución de los costos globales de atención (2).

El marco legal vigente destaca el trato digno al usuario como uno de los derechos fundamentales de las personas en relación a la atención de salud, situándolo por sobretodo como una obligación del profesional, este principio facilita el ejercicio de los deberes y derechos de las personas en lo que respecta a la salud. La atención centrada en la persona es una propuesta para la buena vida desde la atención profesional. Un principio para cuidar bien y ganar en calidad de vida de las personas. De quienes necesitan ayuda y apoyo, pero también de los/as profesionales que se comprometen, día tras día con una buena praxis (2).

### **Integralidad**

El concepto de integralidad ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención, y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de la personas. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial, espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables. El paciente o la enfermedad no son considerados como hechos aislados, sino como un todo (2).

Los objetivos más relevantes relacionados con este principio, son:

- Comprender y ampliar la mirada a las múltiples dimensiones de un problema de salud, para así planificar el cuidado, incorporando intervenciones basadas en la evidencia disponible, dirigidas a todas las dimensiones de los problemas detectados, incluida la prevención y promoción de la salud.

- Ayudar a las personas a reconocerse como un todo y con sus propias capacidades de sanación, a través de cambios y/o mejoras en todas las dimensiones de su ser.
- Entregar cuidado 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 (2).

Este principio es entendido como el suministro continuo, articulado y de calidad de un amplio rango de prestaciones para las personas y sus familias a lo largo del ciclo vital y que exige la complementariedad de los servicios entre establecimientos de salud, la red de instituciones de salud y los procesos de coordinación interinstitucionales, ya que debe ser desarrollada en co-responsabilidad entre el sector salud y otros sectores sociales. La atención integral busca mantener a las personas sanas, por ello todo contacto debe considerar acciones promocionales y preventivas, rompiéndose así con el esquema tradicional de abordaje patocéntrico de la salud y que los participantes del estudio perciben como una necesidad. La OMS ha reiterado lo ventajoso de los programas integrales, ya que hace más eficiente el uso de recursos, disminuye la relación costo-efectividad, optimiza el uso del tiempo del equipo de salud y se convierte en una fuerza unificadora en la red intersectorial relacionada, como educación y asistencia social entre otras. Asimismo, evita la duplicidad de actividades generadas en programas verticales pudiendo integrarse la información sanitaria, en favor de la eficiencia de la gestión del sistema. Este principio hace alusión a la importancia capital de educar a los grupos familiares insistentemente, en todo lo referente a la relación indisoluble que existe entre su modo de vida y su estado de salud, basándose en el hecho de que el individuo es un ser biopsicosocial y espiritual. Esto significa que la salud, depende fundamentalmente del conocimiento y cuidado, no solamente de su cuerpo, sino además de todos aquellos aspectos que tienen que ver con su forma de pensar y de interactuar con el mundo en que vive, del cual tiene una importancia preponderante su familia (2, 19, 23).

## **Continuidad del cuidado**

La continuidad de la atención se puede definir desde distintas perspectivas: Desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Y desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, donde se destacan tres aspectos de la continuidad de la atención señalados en el documento OPS “Redes Integradas de Servicios de Salud” (2):

*Continuidad Clínica:* El grado en que el cuidado del paciente está coordinado a través de las diversas funciones, actividades y unidades operativas del sistema y depende fundamentalmente de la condición del paciente y de las decisiones del equipo de salud. Incluye la integración horizontal (intra e inter establecimientos de un mismo nivel de atención) y vertical (entre establecimientos de distintos niveles de la red). El proceso o problema por el que se atiende la persona es visto de manera longitudinal sin perder información a través de su cuidado (2).

*Continuidad funcional:* es el grado en que las funciones claves de apoyo y actividades tales como gestión financiera, RRHH, planificación estratégica, gestión de la información y mejoramiento de la calidad están coordinadas a través de todas las unidades del sistema, por ejemplo los procesos administrativos y de soporte para la integración clínica (financiamiento, registro clínico, despacho de fármacos, etc.) (2).

*Continuidad profesional:* disposición de los equipos y coordinación en el proceso de cuidados en términos de los objetivos de la red (2,19, 23).

El objetivo más relevante relacionado con este principio es lograr la eficiencia y eficacia del proceso asistencial a través de:

- Reducir la fragmentación del cuidado asistencial.
- Mejorar la accesibilidad del sistema.
- Evitar la duplicación de infraestructura y servicios.

- Disminuir los costos de producción.
- Responder mejor a las necesidades y expectativas de las personas.
- Mejorar la aceptabilidad de los Servicios.
- Apoyar el cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar.
- Lograr un flujo expedito y complementario entre los diferentes componentes de la red asistencial (intrasector) y del intersector para la atención de las personas con problemas de salud desde el domicilio y comunidad (2, 19, 23).

#### **1.5.5 Profesionales sanitarios en Atención Primaria de Salud**

El término profesional de la salud reagrupa todas las profesiones relacionadas con cuidar, curar y rehabilitar, estas profesiones están reglamentadas por el Código Sanitario. Los profesionales de la salud trabajan conjuntamente en equipo para curar, dispensar los cuidados y tratar a los pacientes así como para mantener o mejorar la salud de los heridos, enfermos o personas con minusvalías (23).

Según el enfoque chileno de mediados de la primera década de este siglo XXI, el equipo de salud en el ámbito comunitario, ha de asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, y constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial (24).

En Chile, se encuentra el registro nacional de prestadores individuales de salud, el que contiene información sobre médicos cirujanos, cirujanos dentistas, enfermeros, matronas, tecnólogos médicos, psicólogos, kinesiólogos, químicos farmacéuticos, bioquímicos, nutricionistas y fonoaudiólogos, entre otros. Permite consultar si una persona está legalmente habilitada para ejercer su profesión en Chile (25).

En el país, al 31 de diciembre de 2015, el personal sanitario inscrito en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud (SIS) alcanza el número de



406.739 personas, que se distribuyen en 214.841 profesionales (52,8%) y 191.898 técnicos (47,2%).

Los profesionales inscritos que más destacan hasta el 31 de diciembre del 2015 son los psicólogos/as, enfermeras/os y los médicos. (Anexo 1) (27).

#### **En relación a la cantidad de personal según la relación de personas**

- *Médicos:* Con un valor de 19,1 por 10.000 habitantes, Chile presenta una baja densidad nacional de médicos en comparación a los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), como países de América Latina de nivel económico comparable, tales como Argentina, México y Uruguay, y se encuentra en una situación cercana a la de Brasil (18,0 por 10.000 habitantes) (Anexo 2).
- *Enfermeras/os:* En Chile en el año 2015, la densidad de enfermeras universitarias era de 22 por 10.000 habitantes y el número de Enfermeras por Médico de 1,02 (cumpliendo con el nivel mínimo recomendado por la OPS). El promedio de este indicador en los países de la OCDE es más alto con 2,8 enfermeras por Médico, alcanzado más de 4 en Estados Unidos y Canadá, y 3 en Reino Unido (27).

#### **Ley N° 19.378 Establece estatutos de Atención Primaria**

Según el artículo 5 de esta ley el personal regido por este Estatuto se clasifica en las siguientes categorías funcionarias:

- *Categorías A:* Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico-Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano-Dentistas.
- *Categorías B:* Otros profesionales de salud.
- *Categoría C:* Técnicos de nivel superior.
- *Categoría D:* Técnicos de salud.
- *Categoría E:* Administrativos de salud.
- *Categoría F:* Auxiliares de servicios de salud.

Para ser clasificado en las categorías señaladas como “A y B”, se requerirá estar en posesión de un título profesional de una carrera de a lo menos ocho semestres de duración. Para ser clasificado en la categoría “C”, se requerirá un título técnico de nivel superior de aquellos a que se refiere el artículo 31 de la ley Nº 18.962 (28).

La dotación adecuada para desarrollar las actividades de salud de cada año será fijada por la entidad administradora correspondiente antes del 30 de septiembre del año precedente, considerando, según su criterio los siguientes aspectos:

- a) La población beneficiaria.
- b) Las características epidemiológicas de la población referida en la letra anterior.
- c) Las normas técnicas que sobre los programas imparta el Ministerio de Salud.
- d) La estructura organizacional definida de conformidad al artículo 56.
- e) El número y tipo de establecimientos de atención primaria a cargo de la entidad administradora.
- f) La disponibilidad presupuestaria para el año respectivo.

#### **1.5.6 Características psicométricas de un instrumento**

Para utilizar con garantía un cuestionario es necesario comprobar que mide apropiadamente y de modo constante en las mismas circunstancias, que es sensible a los cambios de la situación clínica, que en la práctica no presenta dificultades de aplicación, entre otras. Toda esta comprobación de sus características es lo que se llama proceso de validación (4, 29).

La manera de validar un instrumento varía según el tipo y el objetivo del instrumento, en este caso para validar el instrumento en cuestión se requerirá verificar la validez de constructo que debe explicar el modelo teórico empírico, que subyace a la variable de interés, analizando el concepto expresado en la variable considerada (30-32).

La validación de un instrumento es un proceso continuo y dinámico que va adquiriendo más consistencia a medida que más propiedades psicométricas se hayan medido en distintas culturas con distintas poblaciones y sujetos (33).

Para llevar a cabo una buena elección de un instrumento es preciso conocer los criterios de calidad mínimos que debe cumplir antes de ser utilizado; para ello existen los conceptos de fiabilidad y validez, ya que estos son necesarios para determinar la calidad de la medición del instrumento (34, 35).

- **Fiabilidad**

La fiabilidad hace referencia a la consistencia o estabilidad del proceso de medición a través del tiempo, los pacientes o los observadores. Según la teoría clásica de los test, la fiabilidad se asocia a la ausencia de error aleatorio. Se puede evaluar a través de diferentes métodos:

1. Consistencia interna
2. Fiabilidad test-retest
3. Fiabilidad por equivalencia

La selección del más apropiado dependerá del instrumento y de la variable que hay que estudiar, cuando se estudia la consistencia interna se valora cuán homogéneos son los ítems de un cuestionario. El tamaño del coeficiente está basado tanto en la correlación promedio entre los reactivos, como en el número de estos. El coeficiente de elección para el cálculo de este atributo es el coeficiente alfa de Cronbach. Otras medidas que se utilizan en los análisis de consistencia interna son los coeficientes de correlación entre 2 mitades, que calculan la asociación entre los ítems del cuestionario separados en 2 grupos, usualmente los ítems pares e impares, u otras medidas de homogeneidad como las fórmulas 20 y 21 de Kuder-Richardson (KR-20, KR-21) utilizadas cuando se tienen ítems dicotómicos (4, 30).

Los valores de estos coeficientes oscilan entre 0 y 1, los más elevados son los que indican una mayor homogeneidad de los ítems y una menor presencia de error aleatorio. Hay que

tener en cuenta, también, que valores muy elevados, cercanos a 1, podrían indicar que los ítems son tan homogéneos que resultan redundantes. Algunos autores incluyen, junto a alguna de las medidas anteriores, otros indicadores de consistencia interna, como son los coeficientes alfa corregidos para cada ítem, que suponen el cálculo del alfa sin el ítem correspondiente y cuya finalidad es comprobar si la ausencia de algunos de los ítems aumenta la consistencia interna de la escala, o bien, las correlaciones ítem-test que muestran las correlaciones de cada ítem con el resto del cuestionario, en el caso de instrumentos unidimensionales, y con el resto de los ítems de su dimensión, en instrumentos multidimensionales. En todos los casos, los valores de dichos coeficientes oscilan entre 0 y 1 (4, 30).

- **Coefficiente alfa de Cronbach:**

El coeficiente alfa fue descrito en 1951 por Lee J. Cronbach. Es un índice usado para medir la confiabilidad del tipo consistencia interna de una escala, es decir, para evaluar la magnitud en que los ítems de un instrumento están correlacionados. En otras palabras, el alfa de Cronbach es el promedio de las correlaciones entre los ítems que hacen parte de un instrumento. También se puede concebir este coeficiente como la medida en la cual algún constructo, concepto o factor medido está presente en cada ítem.

Interpretación del coeficiente alfa de Cronbach:

El valor mínimo aceptable es 0,70; por debajo de ese valor la consistencia interna de la escala utilizada es baja. Por su parte, el valor máximo esperado es 0,90; por encima de este valor se considera que hay redundancia o duplicación. Varios ítems están midiendo exactamente el mismo elemento de un constructo; por lo tanto, los ítems redundantes deben eliminarse. Usualmente, se prefieren valores de alfa entre 0,80 y 0,90. Sin embargo, cuando no se cuenta con un mejor instrumento se pueden aceptar valores inferiores de alfa de Cronbach, teniendo siempre presente esa limitación. Es necesario tener en cuenta que el valor de alfa es afectado directamente por el número de ítems que componen una escala. A medida que se incrementa el número de ítems, se aumenta la

varianza sistemáticamente colocada en el numerador, de tal suerte que se obtiene un valor sobreestimado de la consistencia de la escala. De igual manera, se debe considerar que el valor del alfa de Cronbach se puede sobreestimar si no se considera el tamaño de la muestra: a mayor número de individuos que completen una escala, mayor es la varianza esperada (36).

Uso del coeficiente alfa de Cronbach:

El coeficiente alfa de Cronbach es una propiedad inherente del patrón de respuesta de la población estudiada, no una característica de la escala en sí misma; es decir, el valor de alfa cambia según la población en que se aplique la escala. Por ello, en los estudios donde se emplee una escala para cuantificar una característica, por muy popular y validada que sea la escala, se debe informar siempre el valor de alfa en esta población y no conformarse con que solo diga que mostró una buena consistencia en otros estudios. El alfa de Cronbach tiene gran utilidad cuando se usa para determinar la consistencia interna de una prueba con un único dominio o dimensión, porque si se usa en escalas con ítems que exploran dos o más dimensiones distintas, aunque hagan parte de un mismo constructo, se corre el riesgo de subestimar la consistencia interna. En estos casos, lo más indicado es calcular un valor de alfa de Cronbach para cada grupo de ítems que componen una dimensión o una subescala o calcular un coeficiente alfa estratificado, lo cual significa que este coeficiente se debe emplear para conocer la consistencia interna en escalas unidimensionales, no en escalas multidimensionales (36).

- **Validez**

Clásicamente, la validez de un instrumento se ha definido como el grado en que una medida consigue el propósito para la que fue diseñada, es decir, el grado en que un test mide lo que pretende medir. Desde un punto de vista psicométrico, validez y sesgo se convierten en aspectos afines, siendo el sesgo un error sistemático originado por deficiencias en el test o en el modo en que se usa. De ahí que la validez se pueda considerar como la ausencia de error sistemático. A pesar de la aparente sencillez del

concepto, su definición es mucho más compleja. De acuerdo con los últimos estándares acerca del uso de tests psicológicos y educativos, la validez se define como el grado en que todas las evidencias acumuladas apoyan las interpretaciones de las puntuaciones de un test para un uso particular. Se clasifican en 2 grupos, evidencias de validez interna y evidencias de validez externa. Las primeras aluden al estudio del contenido y la estructura interna del instrumento de medida; las segundas se refieren a las relaciones, hipotéticamente formuladas a partir de teorías o datos previos, entre las puntuaciones obtenidas con el instrumento que hay que validar y otras variables externas con las que se asocie (convergencia) o no (divergencia). El debate acerca del concepto de validez, muy presente en el campo de las ciencias del comportamiento y de la educación, no está tan activo en el campo de la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud. Así, en las recomendaciones del Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust y en artículos que las difunden en el país, que alude a los 3 conceptos clásicos de validez (4):

1. Validez de contenido
2. Validez de criterio
3. Validez de constructo

No obstante, esta clasificación se puede enlazar con la anterior. Los conceptos de validez de contenido y validez de constructo factorial, que se presentan seguidamente, se pueden considerar como evidencias internas de validez. La validez de criterio y las evidencias convergentes, divergentes y discriminantes de la validez de constructo, se pueden considerar como evidencias externas (35).

La validez de constructo se define como el grado en que un instrumento mide un concepto o constructo teórico. Responde a la cuestión, ¿qué estamos midiendo? Hay diferentes métodos para determinar este tipo de validez. Uno de ellos es la “técnica de grupos conocidos”, según la cual, el instrumento se aplica a grupos que, presumiblemente, diferirán respecto al atributo crítico a causa de una característica conocida (p. ej., para validar una escala de dependencia en actividades básicas de la vida

diaria, se podrían contrastar las puntuaciones de un grupo de pacientes dependientes con otro grupo de no dependientes). Otro método para estimar la validez de constructo es el análisis factorial, una técnica estadística que permite identificar cómo se agrupan los ítems de una escala, a partir de la matriz de correlaciones entre ellos. Un tercer método, aunque más sofisticado, es el análisis de matrices multirrasgo-multimétodo. En general, las matrices multirrasgo-multimétodo se basan en los conceptos de convergencia (distintos métodos para medir una misma variable o rasgo proporcionan resultados similares) y divergencia (falta de asociación entre medidas dispares) (4, 37).

- **Análisis factorial exploratorio**

El análisis factorial exploratorio (AFE) de ítems es una de las técnicas más frecuentemente aplicadas en estudios relacionados con el desarrollo y validación de tests, porque es la técnica por excelencia que se utiliza para explorar el conjunto de variables latentes o factores comunes que explican las respuestas a los ítems de un test (36).

El AFE parte del supuesto de que las variables observadas son indicadores de cierto número de factores o variables latentes comunes. Suponiendo que analizamos un conjunto de ítems seleccionado para medir un único factor, cada variable observada o ítem que se analiza está cuidadosamente seleccionado para que refleje alguna característica del factor que se pretende medir con él. Y por supuesto la idea básica es que personas con diferentes niveles en el factor común, darán diferentes respuestas a ese ítem, justamente porque el factor causa las diferentes respuestas a ese ítem (el ítem es una manifestación de ese factor). La variable independiente es el factor, que produce diferentes respuestas en los ítems. Los ítems son las variables dependientes en este diseño. Es decir, bajo el AFE se asume que las medidas son "reflectivas" o manifestaciones de los constructos subyacentes. Además, por muy cuidadosa que sea la selección de los ítems, es imposible que sean medidas perfectas del factor común correspondiente. Una parte de la variabilidad del ítem estará directamente producida por el factor que mide, pero otra parte no. Bajo el modelo clásico o teoría clásica de tests, es posible estimar la

parte de la varianza de cada ítem explicada por el factor común subyacente a ese conjunto de ítems, precisamente a partir de la varianza común entre ese ítem y el resto de ítems que miden ese mismo factor (a esta parte de la varianza del ítem se le denomina comunalidad). El resto de varianza del ítem es varianza no común (denominada unicidad), no contribuye a la medida de los factores comunes, y consecuentemente no se incluye en el proceso de identificación y estimación de los factores comunes. El AFE presenta la inclusión de un término de error (38).

El AFE no permite al investigador definir qué ítems miden qué factores, ni tampoco las relaciones que se suponen entre los propios factores, más allá de si están o no relacionados entre sí. Se denomina exploratorio porque sólo podemos determinar el número de factores que esperamos, pero no su composición ni las relaciones que cada uno de los factores mantiene con el resto (38).

Una de las formas para realizar el análisis factores exploratorios es a través de componentes principales.

El Análisis de Componentes Principales (ACP) es una técnica estadística de síntesis de la información o reducción de la dimensión (número de variables). Es decir, ante un banco de datos con muchas variables, el objetivo será reducirlas a un menor número perdiendo la menor cantidad de información posible. Los nuevos componentes principales o factores serán una combinación lineal de las variables originales, y además serán independientes entre sí (39).

#### **Pasos de un análisis factorial exploratorio:**

- a) Descripción de los reactivos del cuestionario

En este paso se registran cada uno de los reactivos (ítems) que deseamos analizar de un determinado cuestionario, lo que posteriormente se llevará a una matriz de correlación debido a que, en este ámbito, cada variable se mide con unidades diferentes, por lo que



se debe convertir en valores estándar. Al realizarlo en el programa SPSS entrega una matriz de correlación parcial, la cual tiende a reducir en factores comunes.

b) Diagnóstico de la capacidad de aplicar AFE

En esta etapa utilizamos dos test estadísticos formales, uno de los más antiguos es el *test de esfericidad de Bartlett* el que da lugar a un chi-cuadrado estadístico, si su valor es pequeño y la “p” asociada está por encima de 0,05, se puede aplicar el análisis factorial.

Otro test es la *medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin* (habitualmente conocida por su sigla KMO), este entrega la correlación parcial entre variables. Cuanto más cercano de 1 sea el valor de KMO, implica que la relación entre variables es alta. Se considera aceptable cuando el KMO es  $\geq 0,7$  (40).

c) Formación de factores latentes (constructos)

En la tercera etapa se procede a la extracción de factores. El objetivo es obtener un conjunto de combinaciones lineales de las variables que definen cada factor. Los pesos factoriales del primer factor se toman de manera que expresen la mayor parte de las variancias de la muestra, el segundo factor debe verificar dos criterios 1) está interrelacionado con el primero y 2) expresa la mayor parte proporcional de las varianzas, se aplican los mismos criterios para el resto de los factores, así se determinan cuáles serán los componentes de reducción de los factores (40).

Posterior a esto se aplicó los criterios de extracción en análisis de componentes principales y multivariantes, en la actualidad se recomienda que la decisión acerca del número de constructos se tome tras considerar varios criterios objetivos, y siempre tener en cuenta la interpretabilidad de la solución encontrada y la teoría de partida (40).

Los criterios de extracción de componentes o constructos son:

- Auto valor uno o criterio de Kaiser:

Este criterio señala que para no eliminar los autovalores estos deben ser mayores a 1. Cada factor tiene un auto valor que es parte total de la varianza incluida por el mismo ¿por qué utilizar el criterio de 1,0 para el auto valor?, el motivo es que en el primer paso en el análisis de componentes principales se transforman todas las variables en valores z, por lo que tienen media = y varianza 1. Esto significa que el valor total de la varianza coincide con el número de variables. Dicho test tiene dos problemas, el primero es que es bastante arbitrario: un factor con auto valor 1,01 permanece, mientras que otro con auto valor 0,99 queda descartado (40).

- Test de pendiente de Cattell (criterio gráfico de codo o screeplot):

Es un gráfico que presenta una pendiente, se forma para representar los autovalores de cada uno de los factores. En muchos casos, aparece un borde afilado en la curva entre el punto descendente y en el que se estabiliza; es decir en el que la pendiente de la curva cambia de un valor de negativo a aproximadamente cero. El último factor “real” es el que aparece antes de este punto anguloso (40).

- Criterio de la carga factorial menor que 0,30

Elimina componentes o constructos si todos sus reactivos presentan cargas  $\leq 0,30$ . Se sugieren en soluciones factoriales con 3 o más reactivos por componente o constructo (40).

- Criterio del porcentaje de varianza explicada
  - En ciencias naturales se consideran factores que expliquen  $\geq 95\%$  de la varianza.
  - En ciencias sociales se conservan factores  $\geq 60\%$  de la varianza.

- Unidimensionalidad

Si el cociente formado entre el primer y segundo autovalor es  $\geq 4$ , la solución es unidimensional; es decir, se extrae solo el primer factor.

- d) Interpretar factores latentes (constructos)

Se debe utilizar una rotación de factores, existen diferentes métodos, pero el más utilizado es la rotación ortogonal de Varimax. Posteriormente a la rotación se deben elegir los componentes y deben bautizarse, es decir dar un nombre, los cuales deben estar basados en las teorías existentes con que se utilizó para construir el instrumento que mide la variable en cuestión.

Estos constructos se deben confirmar, a través de un Análisis Factorial Confirmatorio, en la cual se tienen que utilizar la varianza total (varianza común y varianza error) (40).

## 1.6 MARCO EMPÍRICO

Como primer antecedente, Da Silva *et al.* (41) en el año 2015, en Sao Paulo de Brasil, realizó una investigación llamada *“Evaluación de Atención Primaria de Salud: la visión de clientes y profesionales sobre la Estrategia de Salud Familiar”*. Esta tenía como objetivo evaluar los atributos de la Atención Primaria de Salud en cuanto al acceso, longitudinalidad, amplitud, coordinación, consejería familiar y consejería comunitaria en la Estrategia de Salud Familiar, triangulando y comparando los puntos de vista de las partes interesadas involucradas en el proceso de cuidado. La investigación fue evaluativa con un enfoque cualitativo y diseño transversal. Los datos fueron recopilados utilizando la herramienta de evaluación de atención primaria para entrevistas con 527 clientes adultos, 34 profesionales de la salud y 330 padres de niños hasta dos años de edad, relacionados con 33 equipos de salud familiar, en once municipios. De aquí se concluyó que no es posible que la APS responda a todas las demandas de salud de la población de una región que es característica de un país en desarrollo; sin embargo, el aspecto técnico de la APS requiere una mejora constante.

Bajo el mismo enfoque, Dois *et al.* (23) en Santiago de Chile, el 2016 publicó un 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. 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 necesaria la preocupación por todos los problemas que los aquejan, no solo por el que se consulta. 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, concluyendo que los principios orientadores del modelo de salud se definen a partir de la experiencia de los beneficiarios y no de los proveedores de salud,

es por esto que los resultados de este estudio, pueden servir para orientar a los equipos de salud en el fortalecimiento del Modelo en las distintas realidades locales.

Abordando el mismo tema, Pérez *et al.* (42), 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.

Aravena (6) 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, que tenía como objetivo describir la aplicación del modelo de atención por parte de los psicólogos, para esto los datos fueron proporcionados directamente por la muestra a través de una encuesta ad-hoc (EPPAMI), elaborada específicamente para esta investigación a partir de la revisión bibliográfica realizada y validada a nivel de contenido por expertos y profesionales del área, de esto se concluye que la mayor parte de los psicólogos encuestados el 81,4% considera útil aplicar el modelo de atención de la muestra. A pesar que la mayoría reconoce su utilidad, solo el 40,2% responde aplicarlo, mientras el 53,6% reporta hacerlo en algunas ocasiones. Respecto a esta información, es posible hipotetizar que la mayor parte de los psicólogos consideran aplicar el modelo solo en algunas ocasiones o definitivamente no aplicarlo.

Algo similar es lo estudiado por Farfán (13) en el año 2012, en Chile, cuando 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”*, en el que 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% 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.

Un estudio realizado por Jeria *et al.* (43), presentado en el XVIII congreso de medicina familiar en Chile, de nombre *“Percepción del Modelo de Salud Familiar en funcionarios/as del CESFAM Algarrobo”* mostró un estudio descriptivo, de corte transversal, realizado entre junio y julio 2016, que incluyó un grupo de 65 funcionarios/as del CESFAM Algarrobo que cumplieron con los criterios de selección de la investigación. Se aplicó una encuesta diseñada en base a las guías ministeriales de implementación del Modelo de Salud Familiar, esta encuesta consta de 27 preguntas, que bajo la prueba de fiabilidad mediante el alfa de Cronbach es aceptable según Nunnally (32). Como resultado se obtuvo que existe continuidad en la atención (50,7%), refiriendo que se otorgan prestaciones como consejerías individuales/familiares en un 60%. La mayoría de los encuestados piensan que las funciones, roles y responsabilidades de cada integrante no se encuentran claras (53,85%) y que no se dispone del tiempo (73,8%) ni del espacio físico necesario para realizar todas las actividades que propone el modelo (96,9%).

En cuanto a la implementación del modelo de atención, Riveros (44) publicó en octubre de 2012 el estudio *“La Participación en el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, Comuna de Cerro Navia”*, la cual era una investigación de tipo cualitativo, que pretendía conocer la realidad de un determinado contexto, considerando las experiencias de los individuos. Y junto a esto determinar la influencia que genera el nuevo Modelo de Salud Familiar. De aquí se obtuvo que existe un reconocimiento por parte del equipo de salud, que se debe entregar servicios a la comunidad desde un modelo integral

enfocado en la promoción y prevención de la enfermedad, sin embargo, el Centro de Salud Dr. Albertz (CESFAM) aún continúa entregando tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, y al equipo de salud se le olvida que existe un cambio de paradigma producido por los cambios epidemiológicos de la población, es decir, los funcionarios no han sido parte del proceso de cambio en el modelo de atención hacia los usuarios. Tienen conocimiento que existe un cambio de modelo, pero no hay un compromiso real y profesional por generar estrategias que lleven a cabo la transformación de consultorio a centro de salud.

## **1.7 OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **Objetivo General**

Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario de aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en profesionales de la salud que trabajan en Atención Primaria de Salud en Ñuble.

### **Objetivos específicos**

- 1.** Describir las características sociodemográficas (edad y sexo) de los participantes del estudio.
- 2.** Describir las características laborales (profesión, años trabajados en APS, capacitación y tipo de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria) de los participantes del estudio.
- 3.** Determinar la confiabilidad del cuestionario de aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.
- 4.** Establecer la validez de constructo del cuestionario de aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario, mediante análisis factorial exploratorio por componentes principales.



## II. MÉTODOS

### 2.1 TIPO DE DISEÑO

El diseño del estudio es descriptivo, de corte transversal.

### 2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población está conformada por 209 profesionales (médico, enfermero/a, kinesiólogo/a, matrn/a, nutricionista, odontólogo, químico farmacéutico, psicólogo/a, asistente social, fonoaudiólogo/a, terapeuta ocupacional, tecnólogo médico) pertenecientes a 8 Centros de Atención Primaria de Salud de los CESFAM Violeta Parra de Chillán, CESFAM Dr. Joel Arriagada Peña de Pinto, CESFAM Coihueco, CESFAM San Nicolás, CESFAM Pemuco, CESFAM Luis Montecinos de Tres Esquinas- Cato, CESFAM Dra. Michelle Bachelet y CESFAM Dr. Federico Puga de Chillán Viejo.

### 2.3 MUESTRA

De acuerdo a la teoría clásica de los test, de Lloret-Segura *et al.* (38) se consideraron 5 sujetos por ítems, ya que el cuestionario consta de 31 ítems y estimando el 20% de pérdidas, la muestra mínima debía ser de 186 profesionales (médico, enfermero/a, kinesiólogo/a, matrn/a, nutricionista, odontólogo, químico farmacéutico, psicólogo/a, asistente social, fonoaudiólogo/a, terapeuta ocupacional y tecnólogo médico) pertenecientes a centros de atención primaria de la región de Ñuble y que cumplieron con los criterios de elegibilidad.

La muestra final fue de 209 profesionales de salud (Anexo 3 y 4).

## **2.4 UNIDAD DE ANÁLISIS**

Profesional de salud (medico, enfermero/a, kinesiólogo/a, matró/a, nutricionista, odontólogo, químico farmacéutico, psicólogo/a, asistente social, fonoaudiólogo/a, terapeuta ocupacional, tecnólogo medico) que trabaje en centros de APS, perteneciente a la región de Ñuble.

## **2.5 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD**

### **Criterios de inclusión:**

1. Ejercer rol asistencial en centros de atención primaria de la región de Ñuble.
2. Firmar consentimiento informado, aceptando la participación en el estudio.

### **Criterios de exclusión:**

1. Llevar trabajando menos de 6 meses en Atención Primaria de Salud
2. Trabajadores con formación técnica profesional (institutos profesionales).
3. Profesionales con formación en docencia y administración.
4. Profesionales de salud que no se encuentren presente en periodo de recolección de los datos por vacaciones o licencias médicas.

## **2.6 LISTADO DE VARIABLES**

### **a) Sociodemográficas:**

- Edad
- Sexo

### **b) Laborales:**

- Profesión
- Años trabajando en APS
- Capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria
- Tipo de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria

Definición nominal y operacional de las variables se describen en el anexo 5.

## **2.7 DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTO RECOLECTOR**

1. Cuestionario de antecedentes sociodemográficos y laborales (Anexo 6). Construido por los investigadores de este estudio con el objetivo de caracterizar población de estudio, el que consta de 6 preguntas cerradas.

2. Cuestionario para evaluar el nivel de aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (Anexo 7). Aedo *et al.* (3), tiene por objetivo evaluar el nivel de conocimiento o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Este cuestionario consta de 31 ítems, 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 (12, 14). Este instrumento contiene una escala de respuesta con formato likert de 5 opciones: ningún, escaso, regular, suficiente y amplio conocimiento o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria; siendo valorado desde el puntaje 1 hasta el 5 respectivamente. Por cada sujeto se promediaron las respuestas valoradas en el puntaje, se deduce que a mayor puntaje mayor nivel de conocimiento o aplicación de los principios del modelo y viceversa a los puntajes cercanos a 1. Este cuestionario fue sometido a una validación de contenido en el periodo 2017, durante la creación del cuestionario, mediante 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, que permitieron moldear la versión final de esta escala, en donde arrojó un  $\alpha$ -Cronbach global de 0,927 (Anexo 8).

## **2.8 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para la recolección de los datos se asistió y coordinó una reunión con cada uno de los directores de los ocho CESFAM (CESFAM Violeta Parra, CESFAM Dr. Joel Arriagada Peña Pinto, CESFAM Coihueco, CESFAM San Nicolás, CESFAM Pemuco, CESFAM Luis Montecinos Tres Esquinas-Cato, CESFAM Dra. Michelle Bachelet y CESFAM Dr. Federico Puga) (Anexos 9-17), en donde se dieron a conocer los objetivos de la investigación, y se organizó una instancia para reunir a los profesionales de salud, con el fin de explicar a todos en conjunto el objetivo de estudio y los criterios de elegibilidad. Se aplicó un consentimiento informado a cada participante, una vez leído y firmado 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.

Se aplicaron un total de 209 cuestionarios durante los meses de abril a junio del 2018.

## **2.9 ASPECTOS ÉTICOS**

Esta investigación está basada de acuerdo a los postulados éticos contenidos en la Declaración de Helsinki (45), así como la Ley 19.628 sobre protección de la vida privada (46), y la Ley 20.120 sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma y prohibición de la clonación humana (47). Para garantizar el cumplimiento de estos aspectos éticos, este estudio fue autorizado por el comité de ética del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, Comité de ética de la Universidad del Bío-Bío y por los directores de los CESFAM de las comunas correspondientes a Chillán (Violeta Parra), Pinto, Coihueco, San Nicolás, Pemuco, Tres Esquinas-Cato y Chillán Viejo (Dr. Federico Puga y Dra. Michelle Bachelet). 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 concisa. Se señaló explícitamente que la participación era voluntaria y que los investigadores velaron por la confidencialidad de los datos (Anexo 18, 19).

## **2.10 PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.**

Los datos que se obtuvieron con el cuestionario de aplicación de los principios del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria, fueron procesados con análisis descriptivos (mínimo, máximo, media aritmética y desviación estándar). Se determinó la frecuencia de edad, sexo, profesión, años trabajados en APS, capacitación y tipo de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Para evaluar la consistencia interna de los constructos se utilizó  $\alpha$  de Cronbach. Posteriormente se evaluó la factibilidad de ejecutar el análisis factorial exploratorio con la prueba test de esfericidad de Bartlett y la medida de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO). Para los criterios de extracción de componentes se utilizó el Criterio de Kaiser, test de pendiente de Cattell, criterio de carga factorial menor que 0,30 y criterio de varianza explicada. Para finalizar se utilizó la rotación ortogonal de Varimax. Todos estos datos fueron procesados por el programa estadístico SPSS v.21 (40).

### III. RESULTADOS

La población total fue de 209 profesionales de salud, pertenecientes a ocho CESFAM de la región de Ñuble, de los cuales un 51,7% de ellos se encuentran trabajando en zonas urbanas.

**Tabla 1:** Distribución de los profesionales participantes en el estudio, según Centro de Salud Familiar

CESFAM	Frecuencia	Porcentaje
Violeta Parra	62	29,7
Pinto	31	14,8
Coihueco	42	20,1
San Nicolás	14	6,7
Pemuco	7	3,3
Tres Esquinas-Cato	7	3,3
Michelle Bachelet	25	12,0
Federico Puga	21	10,0
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>100,0</b>

En las tablas 2-A, 2-B y 2-C se describen las características sociodemográficas y laborales, un 72,7% pertenecen al rango de edad de 20 a 39 años. En cuanto a la variable sexo, se puede evidenciar que las mujeres representan un 70,3% y el porcentaje restante son hombres. La distribución de profesionales arroja que un 67,8% pertenecen a la categoría B, la diferencia corresponde a la categoría A, destacándose entre ellos los profesionales de enfermería con un 16,7%. Un 66,4% de los profesionales lleva trabajando entre 6 meses y 10 años en centros de salud de atención primaria. Un 70,3% presenta capacitación, siendo su mayor representación la variable curso con un 68,2%.

**Tabla 2-A:** Distribución de los profesionales de salud participante del estudio según sus características sociodemográficas

<b>Características</b>	<b>n=209</b>	<b>%</b>
<b>Edad (años)</b>		
20- 29	72	34,4
30-39	80	38,3
40-49	41	19,6
50 y más	16	7,7
<b>Sexo</b>		
Mujer	147	70,3
Hombre	62	29,7

**Tabla 2-B:** Distribución de los profesionales de salud participante del estudio según sus características laborales

<b>Características</b>	<b>n=209</b>	<b>%</b>
<b>Profesión</b>		
Médico	32	15,3
Enfermero/a	35	16,7
Kinesiólogo/a	22	10,5
Matrón /a	24	11,5
Nutricionista	26	12,4
Odontólogo	32	15,3
Químico farmacéutico	3	1,4
Psicólogo/a	8	3,8
Asistente social	19	9,1
Terapeuta ocupacional	3	1,4
Fonoaudiólogo	3	1,4
Tecnólogo médico	2	1,0
<b>Años trabajados</b>		
Menor a 1 año	17	8,1
1- 5 años	101	48,3
6-10 años	42	20,0
11-15 años	25	12,0
16-20 años	14	6,7
Mayor a 20 años	10	4,8

**Tabla 2-C:** Distribución de los profesionales de salud participante del estudio según sus características laborales

<b>Características</b>	<b>n=209</b>	<b>%</b>
<b>Capacitación en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria</b>		
Si	147	70,3
No	62	29,7
<b>Tipo de capacitación en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria*</b>		
Curso	116	68,2
Diplomado	45	26,5
Magister	9	5,3

\*La frecuencia de tipo de capacitación en el Modelo de Salud Familiar y Comunitaria

En la tabla 3 la medición de la fiabilidad del cuestionario con Alfa de Cronbach. En forma global, con los 31 reactivos, se obtuvo un valor de 0,929. Los valores de alfa de Cronbach oscilaron entre 0,646 como mínimo y 0,881 el máximo.

Se evaluó la validez de constructo a través de análisis factorial exploratorio mediante componentes principales. A partir de su análisis llevado a cabo con los 31 ítems del Cuestionario de Aplicación de los Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los Profesionales de atención primaria, se han obtenido 7 componentes en la solución final. Los 7 componentes explican el 62,5% de la varianza total (tabla 3).



**Tabla 3:** Solución factorial mediante componentes principales de los 31 ítems que conforman el cuestionario

<b>Reactivo</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>Comunalidad</b>
r30	0,806							0,759
r29	0,776							0,671
r24	0,736							0,633
r23	0,710							0,564
r25	0,672							0,642
r26	0,569	0,425						0,576
r31	0,504	0,483				0,335		0,617
r8	0,467		0,414		0,341	0,310		0,625
r17		0,688						0,725
r18	0,343	0,667						0,689
r19		0,633						0,670
r16	0,431	0,536						0,672
r20		0,452		0,363				0,553
r10			0,784					0,769
r4			0,722					0,679
r9			0,657	0,327				0,701
r1				0,721				0,595
r28				0,681				0,568
r3				0,631			0,333	0,628
r2				0,529			-0,448	0,660
r11					0,753			0,631
r12		0,310			0,653			0,605
r13					0,531			0,479
r14		0,420			0,456			0,570
r22	0,345			0,348	0,415			0,518
r6					0,381	0,325		0,386
r7						0,791		0,700
r15						0,759		0,662
r5		0,356	0,310			0,518		0,565
r27							0,664	0,613
r21	0,302		0,451				0,515	0,662
<b>Valor propio</b>	4,618	3,245	2,709	2,655	2,450	2,316	1,397	
<b>Varianza explicada</b>	14,897	10,468	8,739	8,564	7,902	7,472	4,505	
<b>α-Cronbach</b>	0,881	0,880	0,778	0,672	0,679	0,713	0,646	

Componentes principales con rotación Varimax

En la tabla 4 se presentan las puntuaciones obtenidas de los 8 ítems del cuestionario según el constructo participación en salud. Se observa la mayor media en el siguiente reactivo “Es integrante activo/a del equipo de su sector y participa en reuniones”  $4,23 \pm 1,126$  y los reactivos con menor media corresponden a “Tienen algún sistema de priorización de familias vulnerables en su sector” y “Planifica cuidados individuales con acciones de promoción y prevención para las familias de acuerdo a su vulnerabilidad”  $3,62$  con desviación estándar que los diferencia.

**Tabla 4:** Medidas de resumen de la puntuación obtenida para “Participación en salud” según ítems ( $n=209$ )

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	DS
Ejecuta los cuidados planificados en la atención de los usuarios o familias vulnerables.	1	5	3,89	1,136
Planifica en equipo la atención de los usuarios o familias vulnerables.	1	5	3,89	1,183
Planifica cuidados individuales con acciones de promoción y prevención para las familias de acuerdo a su vulnerabilidad.	1	5	3,62	1,199
Es integrante activo/a del equipo de su sector y participa en reuniones.	1	5	4,23	1,126
Aplica protocolos de cuidados de los usuarios de acuerdo a los problemas detectados	1	5	4,07	1,105
Conoce el diagnóstico de salud de su sector y el Plan de Salud Comunal.	1	5	3,94	1,140
Tienen algún sistema de priorización de familias vulnerables en su sector.	1	5	3,62	1,364
Conoce a los usuarios de su sector y número de ellos	1	5	3,68	1,187

En la tabla 5 las puntuaciones obtenidas de los 5 ítems del cuestionario según el constructo integralidad. Se observa la media mayor en “Conoce el ciclo de vida del usuario e incorpora la gestión del cuidado de acuerdo a los riesgos identificados”  $4,15 \pm 0,938$ . Y la menor media en “Tiene identificados los factores de riesgo y de vulnerabilidad de las familias en su sector”  $3,85 \pm 1,149$ .

**Tabla 5:** Medidas de resumen de la puntuación obtenida para “Integralidad” según ítems ( $n=209$ )

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	DS
Tiene identificados los factores de riesgo y de vulnerabilidad de las familias en su sector.	1	5	3,85	1,149
Conoce las redes de apoyo social y existencia de líderes comunitarios en su sector.	1	5	3,92	1,102
Conoce las condiciones socioambientales en las que viven las familias de su sector.	1	5	3,89	1,149
Utiliza los determinantes sociales de la salud en su atención.	1	5	4,08	1,055
Conoce el ciclo de vida del usuario e incorpora la gestión del cuidado de acuerdo a los riesgos identificados.	1	5	4,15	0,938

En la tabla 6 se observan las puntuaciones obtenidas de los 3 ítems del cuestionario según el constructo énfasis en la promoción y prevención en salud. Se aprecia la mayor de las medias en “Planifica acciones de promoción de la salud y prevención en la comunidad”  $4,30 \pm 1,041$  y menor media en “Ejecuta talleres para fomento de capacidades de autocuidado de los usuarios y familias”  $3,75 \pm 1,375$ .

**Tabla 6:** Medidas de resumen de la puntuación obtenida para “Énfasis en la promoción y prevención” según ítems ( $n=209$ )

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	DS
Planifica acciones de promoción de la salud y prevención en la comunidad.	1	5	4,30	1,041
Participa activamente en acciones de promoción de la salud y prevención en la comunidad.	1	5	4,13	1,126
Ejecuta talleres para fomento de capacidades de autocuidado de los usuarios y familias.	1	5	3,73	1,375

En la tabla 7 indica las puntuaciones obtenidas de los 4 ítems del cuestionario según el constructo centrado en las personas. Se aprecia que todos los ítems que la componen presentan una media mayor a 4, siendo dos de ellos media 4,67; “Aplica los conductos administrativos para la derivación de los usuarios a otros niveles de atención” y “Conoce la ley de derechos y deberes, y se preocupa que se cumpla”.

**Tabla 7:** Medidas de resumen de la puntuación obtenida para “Centrado en las personas” según ítems ( $n=209$ )

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	DS
Aplica el conducto regular en caso de reclamo de parte de un usuario.	1	5	4,58	0,724
Considera las creencias de los usuarios en los planes de cuidados.	1	5	4,22	0,980
Aplica los conductos administrativos para la derivación de los usuarios a otros niveles de atención.	1	5	4,67	0,672
Conoce la ley de derechos y deberes, y se preocupa que se cumpla.	2	5	4,67	0,615

En la tabla 8 las puntuaciones obtenidas de los 6 ítems del cuestionario según el constructo continuidad del cuidado. Se observó una media mayor en “Cuando debe ausentarse a su trabajo por alguna actividad programada, se avisa con anticipación al usuario”  $4,54 \pm 0,893$ , y media menor en “En caso de ausentismo de los usuarios, averigua los motivos de inasistencia”  $2,91 \pm 1,363$ .

**Tabla 8:** Medidas de resumen de la puntuación obtenida para “Continuidad del cuidado” según ítems ( $n=209$ )

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	DS
Cuando debe ausentarse a su trabajo por alguna actividad programada, se avisa con anticipación al usuario.	1	5	4,54	0,893
Después de derivar un usuario a otro nivel de la red asistencial desarrolla un sistema de seguimiento.	1	5	3,42	1,158
Frente al ingreso de un usuario nuevo, conoce y aplica el protocolo para rescatar su historia clínica antigua.	1	5	3,63	1,245
En caso de ausentismo de los usuarios, averigua los motivos de inasistencia.	1	5	2,91	1,363
Utiliza los protocolos de calidad que proporcione una atención segura para los usuarios.	1	5	4,40	0,872
Sabe si en el sector se gestionan los cambios de hora oportunamente.	1	5	3,99	0,997

En la tabla 9 se indican las puntuaciones obtenidas de los 3 ítems del cuestionario según el intersectorialidad. Se observó la mayor media en “Conoce las pautas de evaluación de los centros de salud y la menor media “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” 3,24 y  $\pm 1,376$ .

**Tabla 9:** Medidas de resumen de la puntuación obtenida para “Intersectorialidad” según ítems ( $n=209$ )

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	DS
Conoce las pautas de evaluación de los Centros de Salud y las brechas que se deben enfrentar para dar una atención Integral.	1	5	3,75	1,142
Conoce el concepto de RISS (Redes integradas de Servicios de Salud), que aportan a la continuidad de la atención.	1	5	3,54	1,312
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	5	3,24	1,376

En la tabla 10 las puntuaciones obtenidas de los 2 ítem según el constructo centrado en la atención abierta se observa que ambos ítems “Entrega a los usuarios educación, folletos y pautas de autocuidado, de crianza, preventivas y promocionales” y “Mantiene horarios que faciliten el acceso a los usuarios al sistema” presentan una media de 4,27 pero diferentes desviaciones estándar 1,049 y 0,978 respectivamente.

**Tabla 10:** Medidas de resumen de la puntuación obtenida para “Centrado en la atención abierta” según ítems ( $n=209$ )

Ítems	Mínimo	Máximo	Media	DS
Entrega a los usuarios educación, folletos y pautas de autocuidado, de crianza, preventivas y promocionales.	1	5	4,27	1,049
Mantiene horarios que faciliten el acceso a los usuarios al sistema.	1	5	4,27	0,978

En la tabla 11 se muestran los valores de media que fueron obtenidos de la media de los ítems que comparten cada dimensión. La mayor media es la del componente “Centrado en las personas”  $4,53 \pm 0,540$  y la de menor media es “Intersectorialidad”  $3,51 \pm 1,020$ .

**Tabla 11.** Medidas de resumen de la puntuación obtenida para el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria según componentes (*n*=209)

<b>Constructos</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Media</b>	<b>DS</b>
Participación en salud	1,00	5,00	3,86	0,873
Integralidad	1,00	5,00	3,97	0,888
Énfasis en la promoción y prevención	1,00	5,00	4,05	0,983
Centrado en las personas	1,50	5,00	4,53	0,540
Continuidad del cuidado	1,83	5,00	3,81	0,683
Intersectorialidad	1,00	5,00	3,51	1,020
Centrado en la atención abierta	1,00	5,00	4,27	0,871
<b>Global</b>	1,52	5,00	3,97	0,626



#### IV.DISCUSIÓN

El propósito de la investigación es determinar y analizar las propiedades psicométricas, fiabilidad y validez del instrumento de los principios del Modelo Integral De Salud Familiar y Comunitario en los profesionales de la salud que trabajan en atención primaria en la región de Ñuble, para lo cual se trabajó con una muestra de 209 profesionales de salud que trabajan en centros de salud familiar dentro la provincia.

Al obtener la frecuencia de profesionales por cada CESFAM, Violeta Parra tuvo mayor porcentaje de muestra, debido a que es una institución que se encuentra inserta en una localidad urbana con un elevado número de habitantes, por lo que se necesita una mayor dotación de personal para cubrir la demanda de la población existente. A su vez los CESFAM Tres Esquinas de Cato y Pemuco pertenecen a localidades rurales, por lo que tiene menor cantidad de habitantes según señala el Departamento de Estadísticas e Información de Salud el año 2012 (48).

El año 2000 el sistema de salud se transforma luego de la aplicación de la reforma, de acuerdo a lo informado por el MINSAL esta es la razón por la cual en la atención primaria se necesita un mayor número de profesionales que estén formados e instruidos en el Modelo de Salud Familiar, además se suma el alto número de estos en el sistema público y de atención, lo que explicaría que los porcentajes de edad en los rangos de 20-29 y 30-39 años sean los más elevados de la muestra como los indica el Departamento de Desarrollo Estratégico del Ministerio de Salud el año 2012 (49).

Cabe destacar que la mayor cantidad de profesionales del área de la salud es de sexo femenino, como lo señala Rueda en el año 2006, en su estudio “La mujer en las profesiones de la salud” (50), donde expone que la mujer escoge, para su futuro laboral, carreras referentes a esta área, por la tendencia propia del género que sostiene que las mujeres definen su moralidad como la capacidad de situarse en el punto de vista de la otra persona y como una inclinación a sacrificarse para asegurar el bienestar del otro, lo que podría obtener al ingresar al mundo laboral del ámbito de la salud.

En relación a la mayor cantidad de profesionales que trabaja en la atención primaria un 16,7% de la muestra corresponde a enfermeras/os, el porcentaje más alto de profesionales que trabajan en dicha área, seguido por los médicos, con un 15,3%, esto se puede justificar por el rol asistencial que cumple la enfermera dentro de los centros de salud. Según señala Fontana *et al.* (51) en el año 2005, la enfermera se sitúa en un lugar de alta responsabilidad y protagonismo en el cuidado de las personas que tienen asignadas, en la Atención Primaria de Salud.

El mayor porcentaje con respecto a la cantidad de años trabajados en el CESFAM se obtuvo en el rango de 1-5 años de la muestra en estudio. Este resultado se relaciona con los datos entregados por el MINSAL (49) en el año 2012, debido a que al tener, profesionales de la salud con menor edad, también tendrían menos años trabajados en los centros de Atención Primaria de Salud. Asociado al año 2000 donde inicia la implementación del modelo y contratación de profesionales.

De acuerdo a la variable capacitación, se obtuvo que más de la mitad de los participantes la presenta, esto se explicaría principalmente por los programas que se imparten de manera obligatoria desde la autoridad sanitaria hacia los CESFAM, según lo propone la superintendencia de salud en el año 2014 (52). También se podría mencionar que cada profesional ve en la capacitación una necesidad fundamental, como lo señala Barbera *et al.* (53) en el año 2015, 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 ofrecer cuidados de calidad y una práctica basada en la evidencia científica.

En relación al tipo de capacitación el mayor porcentaje lo obtuvieron los cursos de capacitación los cuales son impartidos principalmente por El CESFAM, pero dictados por la red de salud asistencial, la cual concibe el desarrollo del personal como un proceso permanente a través de cuya ejecución los funcionario/as pueden obtener satisfacción en

su trabajo, por consiguiente la capacitación es la herramienta principal de desarrollo de los profesionales lo que se podría observar en el aumento de la satisfacción usuaria.

Según la teoría de análisis de componentes principales de Geoffrey R, *et al.* (40) a cada dimensión se le debe asignar un nombre de acuerdo a los ítems que comparte, los que son:

- Dimensión 1 “Participación en salud”: Incluye 8 reactivos (r30, r29, r24, r23, r25, r26, r31, r8), este constructo consiste en la articulación de esfuerzos a nivel local entre todo el personal de salud, lo cual se ve reflejado en la mayoría de las preguntas del cuestionario que arroja esta dimensión.
- Dimensión 2 “Integralidad”: Incluye 5 reactivos (r17, r18, r19, r16, r20,) este concepto hace referencia al trato biopsicosocial que debe recibir la persona al momento de la atención al usuario, no solo la enfermedad ni el paciente, si no que se encarga de los hechos aislados de las personas, considerando su integridad física, mental y su entorno, como seres pertenecientes a diferentes tipos de familia, todos los ítems que contiene esta dimensión hacen referencia a factores de riesgo, redes de apoyo, el ciclo de vida del usuario lo que explica de manera eficiente el título.
- Dimensión 3 “Énfasis en la promoción y prevención”: Incluye 3 reactivos (r10, r4, r9) las preguntas de esta dimensión se basan exclusivamente en si el profesional planifica acciones de promoción, si participa activamente o si ejecuta talleres para fomento de nuevas capacidades por parte de los familiares, el modelo de atención define esta dimensión como todas las acciones que desarrolla el equipo de salud para el fomento de los estilos y hábitos de vida saludables.
- Dimensión 4 “Centrado en las personas”: Incluye 4 reactivos ( r1, r28, r3, r2), debido a que las preguntas van encaminadas al usuario, el trato que tienen los profesionales con las personas, el considerar las creencias que ellos presentan y a hacer cumplir sus derechos y deberes se justifica debido a que en el modelo de salud, esta dimensión consiste en establecer una interacción con el usuario respetando la dignidad de las

personas, sin discriminación de género, edad, condición social o religiosa, de esta manera el título refleja el desarrollo de esta dimensión.

- Dimensión 5 “Continuidad del cuidado”: incluye 6 reactivos (r11, r12, r13, r14, r22, r6) por definición esta dimensión señala que es la atención primaria otorgada por un equipo durante el ciclo vital, en el proceso de salud y enfermedad, los ítems que representan esta dimensión están basados en la atención que se le brinda al usuario, al seguimiento, al ingreso a la atención primaria y cambios de hora en caso de ausentismo, lo que sí refleja la continuidad de la atención brindada a los pacientes.
- Dimensión 6 “Intersectorialidad”: Incluye 3 reactivos (r7, r15, r5), esta dimensión hace referencia al recurso humano que se utiliza en los centros de atención primaria, hace reseña además de las evaluaciones o capacitaciones que se realizan en cada sector de atención lo que se ve reflejado en las preguntas que componen esta dimensión, y el trabajo con las organizaciones de diferentes niveles de atención.
- Dimensión 7 “Centrado en la atención abierta”: Incluye 2 reactivos (r27, r21), esta dimensión está dirigida hacia la comunidad, lo cual se representa en la entrega de folletos hacia la población, acciones preventivas y promocionales. No se puede describir lo suficiente esta dimensión ya que solo cuenta con 2 reactivos dentro de su composición.

Es así como todos los constructos se denominan de acuerdo a la teoría del Modelo de Salud Familiar y Comunitario (19).

Un cuestionario para que sea utilizado posteriormente en los centros de salud de atención primaria debe presentar las propiedades psicométricas acordes para que estos midan realmente lo que mencionan, es por esta razón que es fundamental conocer la fiabilidad y la validez del instrumento.

De acuerdo a la fiabilidad por consistencia interna del instrumento se obtuvo un alfa de Cronbach 0,929 siendo esto superior al límite máximo esperable, lo que indica que existe

redundancia o duplicación en los reactivos y puede que algunos de ellos están midiendo el mismo elemento del constructo. Según Oviedo C y Campo A (36) en el año 2005, el valor de alfa es afectado directamente por el número de ítems que compone, lo que se cree que influyó directamente en este resultado, ya que al ser aumentada la varianza se puede obtener un valor sobreestimado de la consistencia de la escala. Por lo anterior se realizó el análisis del alfa de Cronbach por cada componente para medir la fiabilidad de estos como lo propone Austin (34) en el año 1996, con lo cual se obtuvo que la dimensiones “Participación en salud” ( $\alpha= 0,881$ ), “Integralidad” ( $\alpha= 0,880$ ), “Énfasis en la promoción y prevención” ( $\alpha=0,778$ ), “Intersectorialidad” ( $\alpha=0,713$ ), lo que indica una consistencia interna fiable en dichos componentes, lo anterior es importante ya que expresan un 41,576% de la varianza explicada del cuestionario lo que significa que estos componentes pueden sintetizar de mejor manera el Modelo de Salud Familiar y Comunitario, mientras que “Centrado en las personas” ( $\alpha=0,672$ ) “Continuidad del cuidado” ( $\alpha= 0,679$ ), “Centrado en la atención abierta” ( $\alpha=0,646$ ) pese a que pueden ser o no valores cuestionables debido a la consistencia interna de estos, explican un 20,971% de la varianza explicada del instrumento.

Respecto al análisis factorial exploratorio para determinar la validez de constructo, los resultados entregados por el análisis de componentes principales presentan; que los 31 ítems se distribuyeron en 7 componentes y no en 3 como se esperaba. Además las cargas factoriales pese a que se distribuyeron en sus respectivos componentes, de igual forma se compartían, para poder utilizar solo una vez cada ítems se conserva en el que presenta mayor carga factorial, de esta manera se agruparon los 31 ítems en sus 7 componentes respectivamente. Según la teoría que se basa en el Modelo de Salud Familiar y Comunitario las preguntas de este cuestionario debían quedar agrupadas solo en 3 dimensiones, las cuales correspondían a: continuidad del cuidado, centrado en las personas e integralidad ya que estas abarcan todo el Modelo de Salud Familiar y Comunitario e integran a todo el resto de las dimensiones, pero los resultados dieron a conocer 7 componentes, esto producto de que hay ítems que son muy homogéneos y

comparten características en común, por lo que se concentran en más de un componente. Para poder corregir esto es necesario revisar las preguntas que comparten componentes y volver a redactarlas o considerar las alternativas de respuesta como preguntas dicotómicas y no en escala likert, con el fin de que solo se encuentren en una dimensión, o simplemente eliminar aquella pregunta que cause insatisfacción, en un análisis confirmatorio posterior. Según Batista-Foguet *et al.* (54) en el año 2004, el modelo de análisis factorial confirmatorio corrige las deficiencias inherentes a la perspectiva exploratoria, este señala que el diseño ideal del cuestionario no consiste en una única batería de ítems relativos al constructo global de interés, sino que a la asignación de indicadores específicos a dimensiones concretas. En este modelo, cada ítem satura únicamente sobre el factor-dimensión del que se supone que constituye un indicador válido.

En relación a la media y la desviación estándar de cada pregunta dentro de cada dimensión se obtiene que en el primer y segundo componente, participación en salud e integralidad respectivamente, la muestra se mantuvo entre los ítems 3 y 5 lo que significa que los profesionales presentan entre un regular hasta un amplio conocimiento o aplicación del Modelo de Salud Familiar y Comunitario, lo que lleva a plantear que las preguntas de esta dimensión están enfocadas hacia todos los profesionales, que se pueden responder de manera eficiente y como el cuestionario lo plantea, lo que se concluye en que las preguntas de este componente se encuentran bien formuladas. En relación a la tercera dimensión énfasis en la promoción y prevención destaca que la pregunta “Ejecuta talleres para fomento de capacidades de autocuidado de los usuarios y familias” explica una media de 3,73 y una desviación estándar de 1,375 lo que señala que la muestra se distribuye entre las respuestas 2 y 4 que expresan desde un escaso hasta un suficiente conocimiento o aplicación, esta pregunta se escapa del resto, donde la muestra oscila entre las respuestas 3 y 5, lo que podría explicar este resultado es lo que plantea el estudio de Jeria *et al.* (43) en el año 2016, que los centros de Atención Primaria de Salud Familiar y Comunitaria no cuentan con los espacios suficientes para la realización de

talleres que fomenten capacidades de autocuidado tanto individualmente como familiarmente.

En la dimensión centrado en las personas la media es de 4,53 y la desviación estándar de 0,540 lo que explica que las respuestas de la muestra varían entre 3 y 5 que corresponden a un regular y amplio conocimiento o aplicación por parte de los profesionales, los 4 reactivos de este componente obtienen resultados similares en cuanto a su media y desviación estándar, esto se debe a que en los CESFAM la atención de todos los profesionales de salud está centrado en las personas según lo expuesto por el MINSAL en el año 2008 (19), es por esta razón la puntuación de las preguntas fue elevada.

Para el siguiente constructo continuidad del cuidado los resultados arrojaron que la media es de 3,81 y la desviación estándar de 0,683 lo que señala desde escaso hasta suficiente conocimiento o aplicación. La pregunta “En caso de ausentismo de los usuarios averigua los motivos de su inasistencia” se escapa de las demás preguntas, debido a que la pregunta no esté planteada correctamente, o bien da para una respuesta dicotómica o simplemente porque esta no es una competencia de ellos. 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, el cual es establecer un trato de excelencia a las personas en cualquier punto de contacto, el profesional tiene la responsabilidad de entregar información oportuna, veraz y útil de la atención de salud, realizando las gestiones internas que lo permitan.

En el caso de la intersectorialidad las respuestas de los profesionales varían entre 2 y 4, lo cual representa entre un escaso hasta un suficiente conocimiento o aplicación del modelo de salud, su media es de 3,51 y su desviación estándar de 1,020. Los reactivos de este componente están enfocados a la gestión del cuidado, como lo señala Aguayo y Mella (55) en el año 2015, esta área es la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de los cuidados. Todos los profesionales de la salud deben tener la capacidad de identificar y aplicar los conceptos que esta presenta.

Por último el constructo centrado en la atención abierta arroja un resultado entre 3 y 5 lo que representa entre un regular a amplio conocimiento y aplicación del modelo, su media y desviación estándar es de 4,27 y 0,871 respectivamente, esta dimensión solo cuenta con dos reactivos que están enfocados en la atención que se le brinda al usuario externo del CESFAM con acciones de prevención y promoción de la salud, campo en donde todos los profesionales deben intervenir ya que de acuerdo a lo planteado por Vignolo (56) en el año 2011, el primer nivel es el más cercano a la población y en el cual se pueden intervenir de manera eficiente, para pesquisar y minimizar los factores de riesgo en la población.

#### **4.2 LIMITACIONES**

A pesar de que este estudio centra su base en la continuidad del cuestionario de aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los profesionales de Atención Primaria de Salud, presentó diferentes limitaciones que se mencionan a continuación:

- Escasez de estudios que hayan evaluado el nivel de conocimiento o aplicación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria por parte de otros profesionales que laboran en APS.
- Dilación para llevar a cabo la recolección de datos en los centros de salud, debido a la demora de respuestas a la solicitud de la investigación enviada a los directores de los establecimientos.
- Dificultad para llevar a cabo la recolección de datos en los centros de salud, por la disponibilidad de los profesionales, ya que tenían una agenda con una alta demanda de usuarios y retardaba la respuesta de estos.
- A pesar de que el estudio este basado en una prolongación, las preguntas estaban enfocadas mayoritariamente al profesional de enfermería, lo que provocó dificultades a los demás profesionales de salud.



### **4.3 SUGERENCIAS.**

A partir de las limitaciones anteriormente expuestas, se recomienda las siguientes sugerencias para facilitar futuras investigaciones.

- Realizar revisión en la redacción de los diferentes reactivos, para disminuir su enfoque a enfermería, con ello lograr mejor aceptación por el resto de los profesionales y revisar los constructos.
- Determinar si es necesario la presencia de los reactivos que presentan una carga factorial baja o que se compartan en varios constructos.
- 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.
- Como continuidad de esta investigación se recomienda realizar un análisis factorial confirmatorio, con un incremento en la cantidad de muestra para que sea representativas la población.

### **4.4 CONCLUSIONES**

El estudio “Validación del instrumento de los principios del Modelo de Atención de Salud Familiar, Ñuble 2018”, contribuyó a la validez y fiabilidad del primer cuestionario desarrollado, para evaluar el nivel de conocimiento o aplicación del Modelo de Salud Familiar y Comunitaria por parte de los profesionales de salud. A su vez, aporta nueva información sobre esta temática.

Los resultados arrojados en la investigación han permitido llegar a las siguientes conclusiones:

En relación a las características sociodemográficas y laborales se determinó que la mayoría de los participantes del estudio son mujeres, el rango de edad predominante fue de 20 a 39 años. En general, los profesionales corresponden a la categoría B, lo que tiene

relación con la ley 19.378. En su mayoría llevan trabajando en Atención Primaria de Salud entre 6 meses y 10 años los cuales cuentan con capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria siendo esta mayoritariamente cursos.

En relación a la fiabilidad del cuestionario de Aplicación de los Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los Profesionales de Atención Primaria de Salud que presentaba 31 reactivos, se sometió a una prueba de fiabilidad con resultado de  $\alpha$  de Cronbach global de 0,929 lo que indica una alta consistencia interna y a la vez una redundancia en los reactivos. Los componentes más destacados son: participación en salud con un  $\alpha$  de Cronbach 0,881, integralidad con un  $\alpha$  de Cronbach 0,880 y énfasis en la promoción y prevención con  $\alpha$  de Cronbach 0,778.

En base a la teoría del Modelo de Salud Familiar y Comunitario se planteó que inicialmente el cuestionario se distribuía en solo 3 constructos los que eran: integralidad, continuidad del cuidado y centrado en las personas, al momento de realizar la validez del cuestionario, mediante componentes principales arrojó que el cuestionario presenta 7 constructos (participación en salud, integralidad, énfasis en la promoción y prevención, centrado en las personas, continuidad del cuidado, intersectorialidad, centrado en la atención abierta). A pesar de que los ítems se distribuyeron en 7 componentes estos se encuentran insertos en las tres principales dimensiones del Modelo de Salud Familiar y Comunitario.

En relación a las dimensiones abordadas por el cuestionario, el constructo que más explicaba el modelo es "Participación en salud", y el que menos explicaba el modelo es "Centrado en la atención abierta".

Sin embargo, al revisar los puntajes obtenidos por cada ítem, se detectó que hubo puntuaciones mínimas de 1, ningún conocimiento o aplicación del modelo de atención familiar y comunitario, indicando que existen profesionales que no poseen ningún conocimiento o aplicación de los diferentes reactivos, lo que puede afectar directamente a la 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.

Si bien, el cuestionario de aplicación de los Principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en los Profesionales de Atención Primaria de Salud presenta una fiabilidad y validez apropiada para un instrumento, requiere de un análisis confirmatorio para poder definir las preguntas del cuestionario de forma definitiva y establecer puntajes y rangos que indiquen el nivel de conocimiento o aplicación del modelo de salud, para finalmente ser aplicado en todos los centros de atención primaria del país.

## V. BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: un estado de bienestar. [Internet]. 2013 diciembre. [Acceso 7 de octubre de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
2. 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. [Internet]. Chile; 2012. [Acceso 7 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
3. Aedo P, Calderón L, Espinoza G, Espinoza P. 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. [Tesis de pregrado]. Chillán, Universidad del Bío Bío, 2017.
4. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sanz Rubiales Á. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud? Anales Sis San Navarra. [Internet]. 2011 abril. [Acceso 6 de noviembre de 2017]; 34(1): [63-72]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007&lng=es).
5. Puschel K, Repetto P, Solar M, Soto G, González K. Diseño y validación del instrumento SALUFAM: un instrumento de valoración de la salud familiar con alto valor predictivo clínico para la atención primaria chilena. Revista médica Chile. [Internet]. 2012 abril. [Acceso 15 de noviembre 2017]; 140(4): [417-425]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872012000400001](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000400001)
6. Aravena B. Aplicación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria y sus principios en el ejercicio profesional de psicólogos de atención primaria de salud. [Internet]. Santiago: Escuela de Psicología, Universidad de Chile; 2014. [Acceso 21 de junio de 2018]. Disponible en:

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/134258/Memoria%20de%20Titulo%20Catalina%20Aravena.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

7. Organización panamericana de la salud (OPS). Redes integradas de servicio de Salud: el desafío de los hospitales. [Internet]. Santiago de Chile; 2011. [Acceso 14 de noviembre 2017]. Disponible en: [http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes\\_integrales\\_de\\_servicios.pdf](http://www1.paho.org/chi/images/PDFs/redes_integrales_de_servicios.pdf)
8. Fondo Nacional de Salud (FONASA). Resultados de inscripción de atención primaria. [Internet]. Chile; 2016. [Acceso 6 de noviembre 2017]. Disponible en: [https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2016/10/12/resultados\\_inscripcion\\_en\\_atencion\\_primaria.html?from=prestadores](https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/noticias/2016/10/12/resultados_inscripcion_en_atencion_primaria.html?from=prestadores)
9. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Número de Establecimientos de Salud, según tipo, por Servicio de Salud. [Internet]. Chile; 2012. [Acceso 6 de noviembre de 2017]. Disponible en: [http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2012/10/Establecimientos\\_20sep12.pdf](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2012/10/Establecimientos_20sep12.pdf)
10. Todo mejora. CESFAM a lo largo del país. [Internet]. Chile; 2015. [Acceso 6 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.todomejora.org/docs/ayuda/CESFAM.pdf>
11. Barón D. Confiabilidad y validez de constructo del instrumento “habilidad de cuidado de cuidadores familiares de personas que viven una situación de enfermedad crónica”. [Internet]. Bogotá: Universidad nacional de Colombia; 2010. [Acceso 6 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/3806/1/539351.2011.pdf>
12. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. Promoción de Salud. [Internet]. Chile; 2015. [Acceso 6 de noviembre 2017]. Disponible en: [http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1\\_PROMOCION-DE-SALUD.pdf](http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/1_PROMOCION-DE-SALUD.pdf)
13. Farfán U. 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. [Internet]. Santiago: Universidad de Chile; 2012. [Acceso 22 de junio de 2018]. Disponible

en: <http://www.saludpublicachile.cl:8080/dspace/bitstream/handle/123456789/391/TESIS%20MAGISTER%20JAIME%20FARFAN.pdf?sequence=1>

14. Weisbrot M. Evolución y transformación conceptual de la Atención Primaria de la Salud. *Revista Evidencia Online*. [Internet]. 2014. [Acceso 7 de noviembre 2017]; 17(3). Disponible en: [http://www.evidencia.org.ar/visor-producto.php?cod\\_producto=4353&origen=2](http://www.evidencia.org.ar/visor-producto.php?cod_producto=4353&origen=2)
15. Ase I, Buriyovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? [Internet]. 2009 abril. [Acceso 7 de noviembre de 2017]; 5(1). [27-47]. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es).
16. Sobre el seguro obligatorio. Ley n° 4054 del 26 de septiembre de 1924. [Acceso 7 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://bcn.cl/1xxi7>
17. Sobre seguro obligatorio (modificación). Ley n° 10.383 del 8 agosto de 1952. [Acceso 7 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://bcn.cl/1uzdg>
18. Bass C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Revista biomédica MedWave*. [Internet]. 2012 diciembre. [Acceso 7 de noviembre de 2017]; 12(11). Disponible en: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Revisiones/Analisis/5571>
19. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de Salud. [Internet]. Chile: Biblioteca MINSAL; 2008. [Acceso 6 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>
20. 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*. [Internet]. 2013. [Acceso 21 de junio de 2018]; 17(2): [139-146]. Disponible en:

- [www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/27114/28745](http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/download/27114/28745)
21. 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 28 de marzo de 2018]. Disponible en: [www.academia.edu/4421782/MANUAL\\_DE\\_SALUD\\_FAMILIAR\\_agosto\\_2013](http://www.academia.edu/4421782/MANUAL_DE_SALUD_FAMILIAR_agosto_2013)
  22. Ministerio de Salud Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Planificación y Programación en red. [Internet]. Chile: MINSAL; 2017. [Acceso el 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/BASES-CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2017CUADERNILLO1.pdf>
  23. 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. Revista Médica Chile [Internet]. 2016. [Acceso 15 de octubre de 2017]; 144: [585-592]. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n5/art05.pdf>
  24. CCM Salud. Profesional de la salud- definición. [Internet]. 2013 noviembre. [Acceso 15 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://salud.ccm.net/faq/15806-profesional-de-la-salud-definicion>
  25. Franco G. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Revista Facultad Nacional Salud Pública. [Internet]. 2015 diciembre. [Acceso 7 de noviembre 2017]; 33(3): [414-424]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2015000300011&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2015000300011&lng=es). <http://dx.doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11>.
  26. Superintendencia de Salud. Más de 244 mil profesionales y técnicos están inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud. [Internet]. 2013 febrero. [Acceso 7 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/portal/w3-article-8151.html>

27. Ministerio de Salud Subsecretaria de Redes Asistenciales. Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. [Internet]. Chile: MINSAL; 2016 [Acceso 8 de noviembre 2017]. Disponible en: [http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico\\_Marzo2016.pdf](http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf)
28. Sobre el Estatuto de atención primaria de salud municipal. Ley 19.378 del 13 de abril de 1995. [Acceso 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://bcn.cl/1uuvc>
29. Cabañero M, Muñoz C, Richart M, Cabrero J. Revisión de los atributos de las medidas de resultados de salud basados en el paciente. Revista ELSEVIER. [Internet]. España: Enfermería Clínica; 2008. [Acceso 17 de octubre de 2017]; 18(2): [84-90]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-revision-los-atributos-las-medidas-S1130862108707034>
30. Fortin M, Nadeau M. La medida de investigación. Fortin MF (Ed). El proceso de investigación de la concepción a la realización. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
31. Anastasi A. Evolving concepts for test validation. Annual Review Psychology. [Internet]. 1986 febrero. [Acceso 17 de octubre de 2017]; 37: [1-16]. Disponible en: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.ps.37.020186.000245>
32. Nunnally J. Psychometric theory. [Internet]. New York: McGraw-Hill; 1978. [Acceso 17 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://garfield.library.upenn.edu/classics1979/A1979HZ31300001.pdf>
33. Gómez J, Dolores M. La validez en los tests, escalas y cuestionarios. [Internet]. 2002. [Acceso 7 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1750/1370>
34. Austin T. Fiabilidad y Validez en la Investigación Social. [Internet]. 1996. [Acceso 9 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.lapaginadelprofe.cl/UAconcagua/confiayvalides.htm>



35. Shuttleworth M. Validez convergente y discriminante. [Internet]. 2009 agosto. [Acceso 9 de noviembre 2017]. Disponible en: <https://explorable.com/es/validez-convergente-y-discriminante>
36. Oviedo C, Campo A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. Revista colombiana de psiquiatría. [Internet]. 2005 diciembre. [Acceso 9 de noviembre de 2017]; 34(4): [572-580]. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000400009&lng=en).
37. Méndez C, Rondón M. Introducción al análisis factorial exploratorio. Revista Colombiana de Psiquiatría. [Internet]. 2012 enero-abril. [Acceso 21 de junio de 2018]; 41(1): [197-207]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/806/80624093014.pdf>
38. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. Anales de psicología. [Internet]. 2014 octubre. [Acceso 21 de junio 2018]; 30(3): [1151-1169]. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282014000300040&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000300040&lng=es).
39. Terradez M. Análisis de Componentes principales. [Internet]. 2016. (Acceso 6 de abril de 2017). Disponible en: [https://www.uoc.edu/in3/emath/docs/Componentes\\_principales.pdf](https://www.uoc.edu/in3/emath/docs/Componentes_principales.pdf)
40. Geoffrey R, Norman, David L, Streiner. Componentes principales y análisis de factores, dándole vueltas a los factores. Bioestadística. Vol. 1 BC. Decker Inc; 1998. p.129-148.
41. Da Silva A, Baitelo T, Fracolli L. Primary Health Care Evaluation: the view of clients and professionals about the Family Health Strategy. Revista Latino-americana de Enfermagem. [Internet]. 2015 octubre. [Acceso 13 de noviembre de 2017]; 23(5): [979-987]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692015000500979&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000500979&lng=en).

42. Pérez M, Aceituno L. Evaluación de la satisfacción usuaria en un Centro de Atención Primaria de Salud. Cuaderno Médico Sociales. [Internet]. 2013. [Acceso 13 de noviembre de 2017]; 53(4): [233-240]. Disponible en: [http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2013/53/4/53\\_4\\_6.pdf](http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/2013/53/4/53_4_6.pdf)
43. Jeria P, Ojeda K. Percepción Del modelo de salud familiar en funcionarios/as del CESFAM algarrobo. 18° Congreso Chileno de Medicina Familiar. [Internet]. 2016. [Acceso 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.medicinafamiliar.cl/mf/wp-content/uploads/2017/05/Libro-Resumenes-Congreso-2016.pdf>
44. Riveros P. La Participación en el Modelo de Atención en Salud Familiar y Comunitaria, Comuna de Cerro Navia. [Internet]. 2012 octubre. [Acceso 21 de Junio de 2018]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/bitstream/handle/123456789/700/ttraso%20375.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Asamblea Médica Mundial de Finlandia, Japón, Italia, Hong Kong, Sudáfrica, Escocia, *et al.* Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Internet]. 2013. [Acceso 17 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-investigacion/fd-evaluacion/fd-evaluacion-etica-investigacion/Declaracion-Helsinki-2013-Esp.pdf>
46. Sobre la protección de la vida privada, protección de datos de carácter personal. Ley 19.628 del 18 de Agosto de 1999. [Acceso 17 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idLey=19628>
47. Sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana del personal estatutario de los servicios de salud. Ley 20.120 del 22 de septiembre de 2006. [Acceso 17 de noviembre de 2017]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=253478>
48. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Población inscrita en establecimientos de Atención Primaria de Salud 2012. [Internet]. Chile: DEIS; 2012. [Acceso 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.deis.cl/estadisticas->

poblacion/

49. Departamento Desarrollo Estratégico Ministerio de Salud. Diseño e implementación de una metodología de evaluación, seguimiento y acompañamiento de la reforma de la salud de Chile. [Internet] Chile; MINSAL; 2012. [Acceso el 25 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/resumenejecutivo.pdf?ua=1>
50. Rueda L. La mujer en las profesiones de la salud. *Acta bioethica*. [Internet]. 2006. [Acceso 14 de junio de 2018]; 12(2): [177-183]. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2006000200006](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2006000200006)
51. Fontana M, Jurado J, Escobar J, Paredes F, Aréjula J, Cemeli T, *et al*. Enfermería en Atención Primaria: nuestra responsabilidad con la población. *Revista de Administración Sanitaria*. [Internet]. 2005. [Acceso 14 de junio de 2018]; 3(1): [49-65]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-enfermeria-atencion-primaria-nuestra-responsabilidad-13073391>
52. Superintendencia de salud. Gestión del capital humano. [Internet]. 2014. [Acceso 14 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/664/w3-article-7626.html>
53. Barbera M, Cecagno D, Seva A, Heckler H, López M, Maciá L. Formación académica del profesional de enfermería y su adecuación al puesto de trabajo. [Internet]. 2015. [Acceso 21 de Junio de 2018]; 23(3): [404-10]. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es\\_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n3/es_0104-1169-rlae-23-03-00404.pdf)
54. Bastista-foguet J, Coenders G, Alonso J. Análisis factorial confirmatorio, su utilidad en validación de cuestionarios relacionados con la salud. [Internet]. 2004. [Acceso 27 de junio de 2018]. Disponible en: <http://www3.udg.edu/fcee/professors/gcoenders/pap21.pdf>
55. Aguayo F, Mella R. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. [Internet]. 2015

- diciembre. [Acceso 27 de junio de 2018]; 21(3). Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532015000300007](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300007)
56. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Archivos de Medicina Interna. [Internet]. 2011 abril. [Acceso 29 de junio de 2018]; 33(1): [7-11]. Disponible en: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es).
57. Diccionario de la lengua española. 23° ed. España: Real academia española; 2014. Edad. [Acceso 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=EN8xffh>
58. Diccionario de la lengua española. 23° ed. España: Real academia española; 2014. Sexo. [Acceso 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=XIApmpe>
59. Diccionario de la lengua española. 23° ed. España: Real academia española; 2014. Profesión. [Acceso 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=UHx86MW>
60. Diccionario de la lengua española. 23° ed. España: Real academia española; 2014. Año. [Acceso 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=31Ws94D|31Yyrx8>
61. Diccionario de la lengua española. 23 ed. España: Real Academia Española; 2015. Capacitación. [Acceso 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=7HamHPs>
62. Diccionario de la lengua española. 23° ed. España: Real academia española; 2015. Tipo. [Acceso 21 de junio de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=ZpMjpMC>

## VI. ANEXOS

### Anexo 1: Profesionales inscritos hasta el 31 de diciembre 2015

Título habilitante	Nº de Profesionales inscritos al 31/12/2015
Psicólogo (a)	44.638
Enfermera (o)	39.665
Médico (a) Cirujano (a)	38.702
Kinesiólogo (a)	19.152
Cirujano (a) Dentista	18.046
Matrón (a)	11.497
Tecnólogo (a) Médico (a)	11.395
Nutricionista	10.593
Químico farmacéutico	7.965
Fonoaudiólogo (a)	7.377
Terapeuta ocupacional	3.439
Bioquímico (a)	2.372
<b>Total general</b>	<b>214.841</b>

### Anexo 2: Densidad de médicos por 10.000 habitantes

Tabla N° 2 – Densidad de Médicos por 10.000 habitantes en varios países

Países	Densidad de Médicos por 10.000 habitantes.
Argentina	39
Uruguay	37
México	22
Chile	19
Brasil	18
Promedio OCDE	33
Mínimo OCDE: Turquía	18
1° Máximo OCDE: Grecia	63
2° Máximo OCDE: Austria	50

Fuentes: OMS – Global Health Observatory. OECD: Health at a Glance. 2015.

**Anexo 3:** Descripción de profesionales por CESFAM presentes en el estudio.

PROFESIONALES	CESFAM							
	Violeta Parra	Pinto	Coihueco	San Nicolás	Pemuco	Tres Esquinas - Cato	Dra. M. Bachelet	Dr. Federico Puga
<b>MÉDICO</b>	11	3	2	6	1	1	4	4
<b>ENFERMERA</b>	10	5	6	2	2	2	3	5
<b>KINESIOLOGO</b>	4	5	6	1	-	1	4	1
<b>MATRONA</b>	6	4	8	2	1	-	2	1
<b>NUTRICIONISTA</b>	9	5	5	1	-	1	3	2
<b>ODONTOLOGO</b>	9	5	8	1	1	1	4	3
<b>QUÍMICO FARMACEUTICO</b>	-	1	-	-	-	-	1	1
<b>PSICOLOGO</b>	2	1	1	-	-	-	1	3
<b>ASISTENTE SOCIAL</b>	10	2	2	1	1	1	1	1
<b>FONOUDILOGO</b>		-	2	-	1	-	1	-
<b>TERAPEUTA OCUPACIONAL</b>	-	-	1	-	-	-	1	-
<b>TECNOLOGO MÉDICO</b>	1	-	1	-	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	62	31	42	14	7	7	25	21

**Anexo 4:** Resumen total de profesionales pertenecientes a la muestra

<b>PROFESIONAL</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MÉDICO</b>	32
<b>ENFERMERO/A</b>	35
<b>KINESIOLOGO/A</b>	22
<b>MATRON/A</b>	24
<b>NUTRICIONISTA</b>	26
<b>ODONTOLOGO</b>	32
<b>QUÍMICO FARMACEUTICO</b>	3
<b>PSICOLOGO/A</b>	8
<b>ASISTENTE SOCIAL</b>	19
<b>FONAUDIOLOGO/A</b>	3
<b>TERAPEUTA OCUPACIONAL</b>	3
<b>TECNOLOGO MÉDICO</b>	2
<b>TOTAL</b>	209

**Anexo 5:** Definición conceptual y operacional de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales (57).	Expresada en años cumplidos por el Profesional al momento de la entrevista.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina, de los animales y las plantas (58).	Expresada en: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Hombre</li> <li>● Mujer</li> </ul>
Profesional	Dicho de una persona: Que ejerce su profesión con capacidad y aplicación relevante (59).	Expresada en: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Médico</li> <li>● Enfermera/o</li> <li>● Nutricionista</li> <li>● Matrón/a</li> <li>● Psicólogo/a</li> <li>● Kinesiólogo/a</li> <li>● Odontólogo/a</li> <li>● Tecnólogo médico</li> <li>● Fonoaudiólogo/a</li> <li>● Químico farmacéutico</li> <li>● Asistente Social</li> <li>● Terapeuta ocupacional</li> <li>● Tecnólogo Médico</li> </ul>



Años trabajando en APS.	Años que lleva en el ejercicio profesional de salud en APS (60).	Expresada en números de años de trabajo en APS.
Capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria	Acción y Efecto de capacitar (61).	Expresada en: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Si</li> <li>● No</li> </ul>
Tipo de capacitación	Clase de capacitación recibida (62).	Expresada en: <ul style="list-style-type: none"> <li>● Curso</li> <li>● Diplomado</li> <li>● Magíster</li> </ul>

**ANEXO 6:**



**CUESTIONARIO DE APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO  
DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN  
LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**



**Instructivo para responder “Cuestionario de antecedentes sociodemográficos y laborales”.**

Estimado participante:

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

El presente cuestionario consta de 6 preguntas cerradas que deberá responder: en las preguntas 1 y 4 usted debe responder con números (1, 2,3,...) según corresponda a sus datos personales: edad y años trabajando en CESFAM respectivamente. En las preguntas 2, 5 y 6 debe marcar con una X la opción que le corresponda; si en la pregunta 5 marca opción “No” dejar en blanco la pregunta número 6, si la respuesta es “Si” llena según corresponda. En la pregunta 3 con letra clara y legible la profesión a la que se corresponda.



**CUESTIONARIO DE APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD**



**“Cuestionario de antecedentes sociodemográficos y laborales”.**

1. **Edad:** \_\_\_\_\_ años.

2. **Sexo:** Mujer \_\_\_\_\_  
Hombre \_\_\_\_\_

3. **Profesión:** \_\_\_\_\_

4. **Años trabajando en CESFAM:** \_\_\_\_\_ años.

5. **Capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.**

Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

6. **Tipo de capacitación en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.**

Curso:

Diplomado:

Magíster:



## ANEXO 7:

### CUESTIONARIO DE APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.



#### Instructivo para responder cuestionario:

Estimado participante:

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

Este consta de 31 ítems 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 con el siguiente puntaje:

- 1 punto: **ningún** conocimiento o aplicación de los principios del modelo de atención familiar y comunitaria.
- 2 puntos: **escaso** conocimiento o aplicación de los principios del modelo de atención familiar y comunitaria.
- 3 puntos: **regular** conocimiento o aplicación de los principios del modelo de atención familiar y comunitaria.
- 4 puntos: **suficiente** conocimiento o aplicación de los principios del modelo de atención familiar y comunitaria.
- 5 puntos: **amplio** conocimiento o aplicación de los principios del modelo de atención familiar y comunitaria.



**CUESTIONARIO DE APLICACIÓN DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LOS PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.**



Nº	Ítems.	1	2	3	4	5
1.-	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.-	Aplica 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 los problemas detectados.					
9.-	Planifica acciones de promoción de la salud y prevención en la comunidad.					
10.-	Participa activamente en acciones de promoción de la salud y prevención en la comunidad.					
11.-	Cuando debe ausentarse a su trabajo por alguna actividad programada, se avisa con anticipación al usuario.					
12.-	Después de derivar un usuario a otro nivel de la red asistencial desarrolla un sistema de seguimiento.					
13.-	Frente al ingreso de un usuario nuevo, conoce y aplica el protocolo para rescatar su historia clínica antigua.					
14.-	En caso de ausentismo de los usuarios, averigua los motivos de inasistencia.					

15.-	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.					
16.-	Tiene identificados los factores de riesgo y de vulnerabilidad de las familias en su sector.					
17.-	Conoce las redes de apoyo social y existencia de líderes comunitarios en su sector.					
18.-	Conoce las condiciones socioambientales en las que viven las familias de su sector.					
19.-	Utiliza los determinantes sociales de la salud en su atención					
20.-	Conoce el ciclo de vida del usuario e incorpora la gestión del cuidado de acuerdo a los riesgos identificados.					
21.-	Entrega a los usuarios educación, folletos y pautas de autocuidado, de crianza, preventivas y promocionales.					
22.-	Utiliza los protocolos de calidad que proporcione una atención segura para los usuarios.					
23.-	Es integrante activo/a del equipo de su sector y participa en reuniones.					
24.-	Tienen algún sistema de priorización de familias vulnerables en su sector.					
25.-	Planifica cuidados individuales con acciones de promoción y prevención para las familias de acuerdo a su vulnerabilidad.					
26.-	Conoce a los usuarios de su sector y número de ellos.					
27.-	Mantiene horarios que faciliten el acceso a los usuarios al sistema.					
28.-	Conoce la ley de derechos y deberes, y se preocupa que se cumpla.					
29.-	Planifica en equipo la atención de los usuarios o familias vulnerables.					
30.-	Ejecuta los cuidados planificados en la atención de los usuarios o familias vulnerables.					
31.-	Conoce el diagnóstico de salud de su sector y el Plan de Salud Comunal.					

**Anexo 8: Tesis 2017**



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**

### **Resumen tesis anterior.**

El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria surge con el fin de potenciar la estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) 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  $\alpha$ -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.



**ANEXO 9:** Carta de solicitud a Directora CESFAM Violeta Parra

OFICIO Nº /  
MAT.: Solicita Autorización  
CHILLAN,

**A: SRA. NANCY JARA JARA**

Directora del CESFAM Violeta Parra, Chillán.

**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 “**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR ÑUBLE, 2018**” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

Nombre y Rut de los estudiantes tesisistas:

- Macarena Aravena Rubilar Rut: 19.231.015-6
- Vivian Bastías Rivas Rut: 19.280.838-3
- Javiera Contreras Sánchez Rut: 18.857.443-2
- Nicolás Fernández Sepúlveda Rut: 19.073.592-3

**Académico Guía:** EU Mg Aurora Henríquez Melgarejo.

**Propósito de la Tesis:** Validación del cuestionario de aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de la región de Ñuble.

**Objetivos generales de la tesis:** Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario auto aplicable para determinar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en profesionales de APS.

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 profesionales del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Abril del año 2018, 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

**ANEXO 10:** Carta de solicitud a Director CESFAM Dr. Joel Arriagada Peña, Pinto

**OFICIO Nº /**

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN,

**A: SR. CRISTIAN MONTECINOS ZUÑIGA**  
Director del CESFAM Dr. Joel Arriagada Peña, Pinto

**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 **“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR ÑUBLE, 2018”** con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:**

Macarena Aravena Rubilar	Rut: 19.231.015-6
Vivian Bastías Rivas	Rut: 19.280.838-3
Javiera Contreras Sánchez	Rut: 18.857.443-2
Nicolás Fernández Sepúlveda	Rut: 19.073.592-3

**Académico Guía:** EUMg Aurora Henríquez Melgarejo.

**Propósito de la Tesis:** Validación del cuestionario de aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de la región de Ñuble.

**Objetivos generales de la tesis:** Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario autoaplicable para determinar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en profesionales de APS.

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 profesionales del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Abril y Mayo del año 2018, 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

**ANEXO 11:** Carta de solicitud a Directora CESFAM Coihueco

**OFICIO Nº /**

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN,

A: **SRA. XIMENA BURGOS ZAMORA**  
Directora del CESFAM Coihueco

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 “**VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR ÑUBLE, 2018**” con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:**

Macarena Aravena Rubilar	Rut: 19.231.015-6
Vivian Bastías Rivas	Rut: 19.280.838-3
Javiera Contreras Sánchez	Rut: 18.857.443-2
Nicolás Fernández Sepúlveda	Rut: 19.073.592-3

**Académico Guía:** EU Mg Aurora Henríquez Melgarejo.

**Propósito de la Tesis:** Validación del cuestionario de aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de la región de Ñuble.

**Objetivos generales de la tesis:** Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario autoaplicable para determinar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en profesionales de APS.

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 profesionales del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Abril y Mayo del año 2018, 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

**ANEXO 12:** Carta de solicitud a Directora CESFAM San Nicolás

**OFICIO Nº /**

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN,

**A: SRA. ANA MARIA ARRIAGADA LAGOS**

Directora del CESFAM San Nicolás

**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 **“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR ÑUBLE, 2018”** con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:**

Macarena Aravena Rubilar                      Rut: 19.231.015-6

Vivian Bastías Rivas                              Rut: 19.280.838-3

Javiera Contreras Sánchez                      Rut: 18.857.443-2

Nicolás Fernández Sepúlveda                      Rut: 19.073.592-3

**Académico Guía:** EU Mg Aurora Henríquez Melgarejo.

**Propósito de la Tesis:** Validación del cuestionario de aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de la región de Ñuble.

**Objetivos generales de la tesis:** Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario auto aplicable para determinar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en profesionales de APS.

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 profesionales del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Abril y Mayo del año 2018, 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



**ANEXO 13:** Carta de solicitud a Alcalde de la Comuna de San Nicolás

**OFICIO Nº /**

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN,

**A: SR. VICTOR TORO LEIVA**

Alcalde San Nicolás

**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 **“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR ÑUBLE, 2018”** con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:**

Macarena Aravena Rubilar                      Rut: 19.231.015-6

Vivian Bastías Rivas                              Rut: 19.280.838-3

Javiera Contreras Sánchez                      Rut: 18.857.443-2

Nicolás Fernández Sepúlveda                      Rut: 19.073.592-3

**Académico Guía:** EU Mg Aurora Henríquez Melgarejo.

**Propósito de la Tesis:** Validación del cuestionario de aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de la región de Ñuble.

**Objetivos generales de la tesis:** Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario auto aplicable para determinar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en profesionales de APS.

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 profesionales del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Abril y Mayo del año 2018, 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

**Anexo 14:** Carta de solicitud a Director CESFAM Pemuco

**OFICIO Nº /**

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN,

**A: SR. ALEX MARTINEZ DEL CAMPO**

Director del CESFAM PEMUCO

**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 **“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR ÑUBLE, 2018”** con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:**

Macarena Aravena Rubilar                      Rut: 19.231.015-6

Vivian Bastías Rivas                              Rut: 19.280.838-3

Javiera Contreras Sánchez                      Rut: 18.857.443-2

Nicolás Fernández Sepúlveda                      Rut: 19.073.592-3

**Académico Guía:** EU Mg Aurora Henríquez Melgarejo.

**Propósito de la Tesis:** Validación del cuestionario de aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de la región de Ñuble.

**Objetivos generales de la tesis:** Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario autoaplicable para determinar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en profesionales de APS.

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 profesionales del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Mayo del año 2018, 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

**Anexo 15:** Carta de solicitud a Director CESFAM Luis Montecinos de Tres Esquinas - Cato

**OFICIO Nº /**

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN,

**A: DON JOSÉ BUSTOS**

Director del CESFAM Luis Montecinos de Tres Esquinas – Cato

**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 **“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR ÑUBLE, 2018”** con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:**

Macarena Aravena Rubilar                      Rut: 19.231.015-6

Vivian Bastías Rivas                              Rut: 19.280.838-3

Javiera Contreras Sánchez                      Rut: 18.857.443-2

Nicolás Fernández Sepúlveda                      Rut: 19.073.592-3

**Académico Guía:** EU Mg Aurora Henríquez Melgarejo.

**Propósito de la Tesis:** Validación del cuestionario de aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de la región de Ñuble.

**Objetivos generales de la tesis:** Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario autoaplicable para determinar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en profesionales de APS.

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 profesionales del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Mayo del año 2018, 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

**ANEXO 16:** Carta de solicitud a Directora CESFAM Dra. Michelle Bachelet, Chillán Viejo

**OFICIO N° /**

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN,

A: **SRA. CAROLINA RIVERA ACUÑA**  
Directora del CESFAM Dra. Michelle Bachelet Jeria

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 **“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR ÑUBLE, 2018”** con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:**

Macarena Aravena Rubilar	Rut: 19.231.015-6
Vivian Bastías Rivas	Rut: 19.280.838-3
Javiera Contreras Sánchez	Rut: 18.857.443-2
Nicolás Fernández Sepúlveda	Rut: 19.073.592-3

**Académico Guía:** EU Mg Aurora Henríquez Melgarejo.

**Propósito de la Tesis:** Validación del cuestionario de aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de la región de Ñuble.

**Objetivos generales de la tesis:** Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario autoaplicable para determinar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en profesionales de APS.

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 profesionales del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Mayo del año 2018, 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



**ANEXO 17:** Carta de solicitud a Directora CESFAM Dr. Federico Puga, Chillán Viejo

**OFICIO Nº /**

MAT.: Solicita Autorización

CHILLAN,

A: **SRA. CAROLINA RIQUELME ASTORGA**  
Directora del CESFAM Dr. Federico Puga Borne

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 **“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR ÑUBLE, 2018”** con el fin de optar al Grado de Licenciado/a en Enfermería.

**Nombre y Rut de los estudiantes tesistas:**

Macarena Aravena Rubilar	Rut: 19.231.015-6
Vivian Bastías Rivas	Rut: 19.280.838-3
Javiera Contreras Sánchez	Rut: 18.857.443-2
Nicolás Fernández Sepúlveda	Rut: 19.073.592-3

**Académico Guía:** EU. Mg. Aurora Henríquez Melgarejo.

**Propósito de la Tesis:** Validación del cuestionario de aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de la región de Ñuble.

**Objetivos generales de la tesis:** Evaluar las propiedades psicométricas fiabilidad y validez del cuestionario autoaplicable para determinar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en profesionales de APS.

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 profesionales del establecimiento que usted dirige.

De contar con vuestra aprobación, la recolección de los antecedentes, se realizará durante el mes de Mayo del año 2018, 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

**Anexo 18:** Consentimiento informado del Comité de ética del Hospital Clínico Herminda Martín

**Consentimiento Informado**

Estimado participante:

Quienes suscriben, Macarena Aravena Rubilar Rut: 19.231.015-6, Vivian Bastías Rivas Rut: 19.280.838-3, Javiera Contreras Sánchez Rut: 18.857.443-2, Nicolás Fernández Sepúlveda Rut: 19.073.592-3, estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, estamos interesados en realizar la investigación titulada: “Validación del cuestionario de aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de la región 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 validar el instrumento de la aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de región de Ñuble, cuyos objetivos específicos son:

- 1.** Conocer las características sociodemográficas (edad y sexo) de los participantes del estudio.
- 2.** Conocer las características laborales (años trabajados en APS, 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) de los participantes del estudio.
- 3.** Determinar la fiabilidad por consistencia interna del cuestionario auto aplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- 4.** Establecer la validez de constructo del cuestionario auto aplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, mediante análisis factorial exploratorio y correlación con variables laborales.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en responder, por única vez, el cuestionario de antecedentes sociodemográficos y laborales y el cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Esto le tomará aproximadamente 15 minutos.

La acción de responder esta encuesta es voluntaria y usted puede optar al derecho de negarse sin que eso signifique consecuencia alguna, cabe destacar que no presenta costo alguno. La información obtenida a través de esta encuesta será mantenida bajo estricta confidencialidad. No se requerirá su nombre ni aparecerá su identidad en ningún lugar en ningún caso debido a que es anónimo. Sus respuestas en el cuestionario serán codificadas usando un número de identificación.

La información que entregue será confidencial y será utilizada sólo para los fines académicos de este proyecto y no será utilizada para ningún otro objetivo. La información estará almacenada por los investigadores en dependencias institucionales de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán, manteniéndose por el tiempo que la ley lo establece, posteriormente se eliminarán de los archivos y se destruirá lo que se encuentre impreso de los instrumentos de recolección de datos no existiendo copias de éstas. Las publicaciones que se generen de esta investigación serán anónimas no incluirán nombres ni datos personales de los participantes.

El estudio no conlleva ningún tipo de riesgo para usted, no recibirá ningún beneficio ni compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Dirección de Docencia de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán, si es su deseo puede solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto, se puede comunicar con la E.U. Aurora Henríquez Melgarejo (correo electrónico: [ahenriquez@ubiobio.cl](mailto:ahenriquez@ubiobio.cl); Teléfono: 42-2463091 Teléfono Escuela de Enfermería Universidad del Bío-Bío: 42-2463133).

En caso de cualquier reclamo, comentarios o preocupaciones relacionadas con la conducción de este proyecto o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio, usted puede dirigirse al presidente del Comité Ético Científico del Hospital clínico

Herminda Martín, el Dr. Sr. Carlos Escudero, cescudero@ubiobio.cl; o al anexo 042/2586555 o la Secretaría Comité Ético Científico del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, Sra. Mirtha Soto (secretaria del CEC). mirtha.soto@redsalud.gov.cl.

Teléfono: (42) 2587431 | Anexo: 427431

La acción de responder esta encuesta es voluntaria y usted puede optar al derecho de negarse sin que eso signifique consecuencia alguna. La información que entregue será confidencial, se utilizará sólo para los fines académicos de este proyecto y no será utilizada para ningún otro objetivo.

Si usted está de acuerdo en participar, este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en su poder. Agradeciendo su participación, le saludan atentamente, integrantes proyecto tesis Universidad del Bío-Bío sede Chillán año 2018.

### ACEPTACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_, he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio. He recibido copia de este consentimiento.

FIRMA participante : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de quién toma el CI: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 19: Consentimiento informado Universidad del Bio-Bio**

### **Consentimiento Informado**

Estimado participante:

Quienes suscriben, Macarena Aravena Rubilar Rut: 19.231.015-6, Vivian Bastías Rivas Rut: 19.280.838-3, Javiera Contreras Sánchez Rut:18.857.443-2, Nicolás Fernández Sepúlveda Rut: 19.073.592-3, estudiantes de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, estamos interesados en realizar la investigación titulada: “VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE LOS PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD FAMILIAR ÑUBLE”, siendo dirigida por la académica Aurora Henríquez Melgarejo del Departamento de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío.

El objetivo del estudio es validar el instrumento de la aplicación de los principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en los profesionales de atención primaria de salud de región de Ñuble, cuyos objetivos específicos son:

- 1.** Conocer las características sociodemográficas (edad y sexo) de los participantes del estudio.
- 2.** Conocer las características laborales (profesión, años trabajados en APS, 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) de los participantes del estudio.
- 3.** Determinar la fiabilidad por consistencia interna del cuestionario auto aplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.
- 4.** Establecer la validez de constructo del cuestionario auto aplicable para evaluar el nivel de conocimiento y/o aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, mediante análisis factorial exploratorio y correlación con variables laborales.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación, la cual consiste en responder, por única vez, el cuestionario de antecedentes sociodemográficos y laborales y el cuestionario para evaluar el nivel de conocimiento y aplicación de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Esto le tomará aproximadamente 15 minutos, solicitaremos un lugar físico para que responda y no interferir con su labor clínica asistencial.

La acción de responder esta encuesta es voluntaria y usted puede optar al derecho de negarse sin que eso signifique consecuencia alguna, cabe destacar que no presenta costo alguno. La información obtenida a través de esta encuesta será mantenida bajo estricta confidencialidad. No se requerirá su nombre ni aparecerá su identidad en ningún lugar en ningún caso debido a que es anónimo. Sus respuestas en el cuestionario serán codificadas usando un número de identificación.

La información que entregue será confidencial y será utilizada sólo para los fines académicos de este proyecto y no será utilizada para ningún otro objetivo. La información estará almacenada por los investigadores en dependencias institucionales de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán, manteniéndose por el tiempo que la ley lo establece, posteriormente se eliminarán de los archivos y se destruirá lo que se encuentre impreso de los instrumentos de recolección de datos no existiendo copias de éstas. Las publicaciones que se generen de esta investigación serán anónimas no incluirán nombres ni datos personales de los participantes.

El estudio no conlleva ningún tipo de riesgo para usted, no recibirá ningún beneficio ni compensación por participar. Los resultados grupales estarán disponibles en la Dirección de Docencia de la Universidad del Bío-Bío sede Chillán, si es su deseo puede solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre este proyecto, se puede comunicar con la E.U. Aurora Henríquez Melgarejo (correo electrónico: ahenriquez@ubiobio.cl; Teléfono: 42-2463091) Teléfono Escuela de Enfermería Universidad del Bío-Bío: 42-2463133.

En caso de cualquier reclamo, comentarios o preocupaciones relacionadas con la conducción de este proyecto o preguntas sobre sus derechos al participar en el estudio, usted puede contactarse con el Comité de Bioética y Bioseguridad de la Universidad del Bío-Bío, debe dirigirse al Dr. Sergio Acuña Nelson, Presidente del Comité al email: [sacuna@ubiobio.cl](mailto:sacuna@ubiobio.cl), teléfono 41-3111633. La acción de responder esta encuesta es voluntaria y usted puede optar al derecho de negarse sin que eso signifique consecuencia alguna. La información que entregue será confidencial, se utilizará sólo para los fines académicos de este proyecto y no será utilizada para ningún otro objetivo.

Si usted está de acuerdo en participar, este consentimiento se firmará en dos ejemplares, quedando uno en su poder. Agradeciendo su participación, le saludan atentamente, integrantes proyecto tesis Universidad del Bío-Bío sede Chillán año 2018.

Agradeciendo su participación, le saluda atentamente,

### ACEPTACIÓN

Yo, \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_, he leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente doy mi consentimiento para participar en el estudio. He recibido copia de este consentimiento.

FIRMA participante : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos de quién toma el CI: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**AGREGAR LA RESPUESTA DE AMBOS COMITES DE ETICA**