

# Experiencias de enfermeros de la atención primaria, partícipes del modelo de atención integral

## Experience of primary care nurses involved in the Comprehensive Care Model

Maria Patricia Gonzalez-Vega

Recibido 19 agosto 2017 / Enviado para modificación 11 junio 2018 / Aceptado 7 agosto 2018

### RESUMEN

MG: Enfermera. M. Sc. Pedagogía Universitaria. Académica Departamento Disciplinario de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Playa Ancha. Miembro de la Red Iberoamericana de Enfermería (RIE). Valparaíso, Chile. [patricia.gonzalezvega@gmail.com](mailto:patricia.gonzalezvega@gmail.com)

**Objetivo** Describir la experiencia de enfermeros/as de la Atención Primaria de la ciudad de Viña del Mar, al participar en el Modelo de Atención Integral, para analizar fortalezas y debilidades, desde la mirada del profesional.

**Método** Estudio cualitativo–descriptivo, cuya muestra teórica estuvo conformada por 10 enfermeros/as de la Atención Primaria. Se aplicaron grupos focales y entrevistas semiestructuradas. Se realizó análisis de contenido.

**Resultados** En el contexto del Modelo de Atención Integral se describió a un profesional de enfermería como competente, que además establece vínculos de ayuda con las familias, lo que le hace sentirse satisfecho de su trabajo; sin embargo, se demostró que el déficit de este tipo de profesional constituye un obstáculo para el desempeño en los espacios territoriales de la comunidad. Se evidenció que el Modelo de Salud aún se sitúa en un nivel teórico más que práctico, en que el rol asistencial y el cumplimiento de metas están por sobre las actividades de promoción y prevención.

**Conclusiones** Una mayor dotación del profesional de enfermería en la Atención Primaria de Salud, permitirá contar con un equipo más amplio de especialistas en temas de promoción y prevención, sin debilitar su rol asistencial. El trabajo intersectorial es una necesidad que deberá arraigarse en las entidades comunitarias, requiriendo fortalecer la labor conjunta entre las autoridades de los centros de atención y los representantes comunitarios, a modo de apoyar el quehacer del equipo de salud.

**Palabras Clave:** Atención primaria de salud; política de salud; enfermería (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objective** To describe the experience of Primary Healthcare System nurses of Viña del Mar, Chile, when participating in the Comprehensive Care Model, in order to analyze strengths and weaknesses from the point of view of health professionals.

**Materials and Methods** Qualitative–descriptive study with a theoretical sample composed by 10 primary care nurses. Focal groups and semi-structured interviews were conducted. Data were analyzed using content analysis.

**Results** In the context of the Comprehensive Care Model, a professional nurse was defined as a competent person who also establishes aid ties with families, making them feel satisfied. However, it was demonstrated that the shortage of this type of professionals is an obstacle to performance in the territorial areas of the community. It was evidenced that the Healthcare Model is still at a theoretical level rather than at a practical one, where assistance and the achievement of goals are above promotion and prevention activities.

**Conclusions** Better staffing of professional nurses in the Primary Healthcare System will allow relying on a wider team of experts for promotion and prevention purposes, without weakening their assistance role. Cross-sectional work needs to be rooted in

community institutions, strengthening joint efforts between authorities, care facilities and community representatives to support the work of the health team.

**Key Words:** Primary health care; health policy; nursing (*source: MeSH, NLM*).

**E**n Chile, el Ministerio de Salud (MINSAL), a partir del año 1990 implementa una serie de innovaciones técnicas, administrativas y financieras conducentes a definir a los Consultorios como Centros de Salud Familiar (CESFAM) (1).

Los consultorios han sido establecimientos preocupados por dar respuestas a las necesidades de salud de las personas y familias, y de contribuir a mejorar el ambiente donde habita la comunidad (2). Con la idea de fortalecer este concepto, en el año 1993, comienzan a surgir, en el Nivel Primario de Atención, equipos de salud que lentamente muestran características propias de un nuevo modelo, el cual pretende poner al servicio de las personas, un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de salud y enfermedad, orientado hacia la familia y la comunidad, centrado en la prevención más que en la recuperación (1).

Además el MINSAL y las Municipalidades, motivados por el perfil epidemiológico por el que atraviesa la salud de los habitantes del país, deciden impulsar las innovaciones que permitan incorporar en el Modelo de Atención de Salud, los conocimientos de la Medicina Familiar. Esto implica la incorporación y participación de un equipo de salud territorial y de formar médicos especialistas en la Medicina Familiar, para facilitar el diseño, ejecución y evaluación de un proyecto participativo, destinado a incorporar un conjunto de estrategias tendientes a favorecer un mejor estado de salud de la población (3).

En el marco de esta renovación se identifica la necesidad de precisar la definición del Modelo de Atención Integral como «un Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud 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 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» (1).

La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye actividades de promoción, prevención,

curación, rehabilitación y cuidados paliativos, suficientes para responder a las necesidades de salud de la población desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano (1).

Dada la importancia de estos cambios, la evidencia ha señalado que el trabajo de los centros de atención de la salud familiar se constituye sobre la base de acciones complejas que requieren cambios organizacionales constantes, causando dificultades en la realización de las acciones, así como en la identidad de los profesionales. En estas circunstancias es importante destacar que introducir cambios en el trabajo, que afectan sus condiciones de organización, es sobre todo un compromiso (4). De esta forma, las prácticas en el ámbito de la salud familiar, que desarrollan los equipos de salud, plantean una resignificación de los distintos saberes y una forma de percibir y abordar esta nueva relación de cuidado con el usuario y su familia (5). Sin embargo, percepciones de profesionales y usuarios, indican que aún la familia no es el centro de atención en los equipos de salud y que las prácticas de los profesionales aún se están centrando en los individuos (6).

En concordancia y dado que la implementación del Modelo de Atención Integral corresponde a una política pública de la Salud en Chile, cuyo éxito en parte depende de las buenas prácticas clínicas ejercidas por los integrantes del equipo que atiende, entre ellos el profesional de enfermería, y considerando que hasta ahora poco se conoce de su experiencia vivida en el contexto chileno de la salud pública, el interés de esta investigación atiende a reproducir e interpretar los significados que surgen desde la práctica de enfermeras y enfermeros de la Atención Primaria que participan del modelo de atención. Obtener las descripciones adquiridas de estos profesionales, podría significar comprender las acciones que representan su sentir respecto a su rol en esta forma de entender la atención en salud. Además, y de acuerdo a sus resultados, se podrían identificar fortalezas y debilidades en la implementación del modelo, a favor de reflexionar y establecer aquellas mejoras que aseguren el éxito de los propósitos definidos en sus lineamientos, contribuyendo a las mejoras cualitativas como cuantitativas de la salud de la población.

De acuerdo todo lo relatado, el objetivo central de este estudio fue describir la experiencia vivida de enfermeros/as de la Atención Primaria de la ciudad de Viña del Mar, al participar del Modelo de Atención Integral, para así analizar fortalezas y debilidades, desde la mirada del profesional.

## MÉTODO

### Diseño: Estudio cualitativo – descriptivo

#### *Muestra*

El grupo en estudio se conformó por 10 profesionales de enfermería, ocho mujeres y dos hombres, entre 30 y 65 años, de tres Centros de la Atención Primaria de la ciudad de Viña del Mar en Chile. Se seleccionó una muestra teórica (7), según los siguientes criterios de inclusión: enfermeras y enfermeros de Centros de Salud Familiar, de al menos un año de desempeño.

#### *Recolección de la información*

Se realizaron tres grupos focales y nueve entrevistas semiestructuradas, cuyas preguntas, en un inicio, se orientaron a temas inherentes al Modelo de Atención, como el trabajo multidisciplinario; su enfoque preventivo; la sectorización de las familias; y el trabajo con entidades intersectoriales de la comunidad. Luego de los primeros análisis se integran temas como la satisfacción o frustración de su trabajo; su percepción acerca del Modelo; y los principales obstáculos y facilitadores de su implementación. También se realizaron observaciones del contexto físico de los centros de salud, captado mediante fotografías; y observaciones de la interacción de los profesionales con su contexto social. Esto como estrategia para facilitar la comprensión e interpretación de los resultados.

#### *Procesamiento de la información*

Se aplicó el análisis de contenido (8). El proceso de análisis se efectuó en paralelo al proceso de recolección de la información. Toda la recolección de los datos y el análisis fue documentado paso a paso en una bitácora, como forma de organizar la información obtenida y de hacer anotaciones personales, sobre los eventos que se juzgaron de aporte a la investigación. Esta organización se llevó a cabo mediante un criterio cronológico, siguiendo el orden en que fue recogida la información.

#### *Análisis de los resultados*

El análisis se realizó en dos momentos. El primero dio cuenta de todas las unidades de significado relatados por los propios enfermeras/os acerca del objeto en estudio. En una segunda instancia, estos segmentos fueron codificados según similitudes y diferencias, con la finalidad de inducir categorías (codificación axial), para luego establecer relaciones entre ellas (codificación selectiva) y así la generación de temas inclusivos que se transformaron en los hallazgos de la investigación. De este modo surgen cinco temas principales: Competencia y aspectos emocionales del profesional de enfermería, recursos para la im-

plementación del Modelo de Atención Integral, espacios comunitarios territoriales: sector e intersector, significados de participación en un Modelo de Atención Integral, y apreciaciones acerca del Modelo de Atención Integral.

#### *Calidad de la información*

Para garantizar la calidad del dato cualitativo, una vez transcritas las entrevistas se contrastó la información obtenida con los entrevistados. Los datos fueron triangulados entre distintas fuentes, métodos de recolección de datos, centros de salud, colaboradores en la recogida y análisis de los datos. Además se realizó una descripción amplia de toda la información recopilada en una bitácora que incluyó las observaciones, fotografías, anotaciones personales, entrevistas e interpretaciones.

#### *Aspectos éticos*

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad de Playa Ancha de Valparaíso. El proyecto fue socializado con los directivos de la Corporación Municipal de Viña del Mar a la cual pertenecen los Centros de Salud. Luego se obtuvo la autorización de los directores de los centros y la participación voluntaria de los profesionales de enfermería, mediante un Consentimiento Informado.

## RESULTADOS

### Competencia y aspectos emocionales del profesional de enfermería

#### *Percepción de competencia*

Los dichos de los enfermeros/as dieron cuenta que la implementación del Modelo de Atención ha otorgado formación a los profesionales en las competencias requeridas para su ejecución: «Yo pongo y aplico todo lo que yo sé, para eso estoy capacitada» (E-8). «(...) que estemos capacitados de forma continua nos dá mayor fortaleza». (E-7). Se percibe un profesional seguro en la ejecución de sus roles, como parte de sus competencias en el ámbito del saber. Pero además surgen otros elementos relacionados al terreno afectivo de los profesionales.

#### *Sentimientos de satisfacción*

Los participantes en general demostraron una visión positiva de su quehacer en la Atención Primaria, lo que ha generado satisfacción y compromiso: «Nosotros hemos tenido experiencias positivas de trabajo donde hemos logrado cosas en las familias, en donde ha habido algún problema, entonces eso es súper satisfactorio y mira yo me siento súper comprometida con la Atención Primaria» (E-1). «Yo también tengo satisfacción en lo que hago, me gusta lo que hago (...) y todo lo que hacemos para el público y los usuarios yo encuentro que es súper

per bueno» (E-2). El aporte del profesional de enfermería ha significado dar solución a los problemas de las familias. Esto se ha constituido como el motor de su quehacer.

No obstante, los participantes también manifestaron algunas expresiones emocionales negativas.

#### *Sentimientos de frustración e impotencia en su experiencia de participación*

En algunos casos el profesional de enfermería se ha sentido frustrado e impotente por dejar sin efecto sus propósitos de cumplir mejor con sus tareas: «No hay más recursos y la población sigue aumentando y sigue aumentando. Entonces uno se ve muchas veces atiborrado porque no te da el tiempo. Entonces allí empiezan las frustraciones» (E-6). «Pero hacemos poco yo creo, hacemos poca promoción, intentamos, (...) entonces el sentimiento que tengo de eso es harta impotencia» (E-1). Los sentimientos de frustración se asociaron principalmente al débil cumplimiento de algunas actividades relevantes para el Modelo, como por ejemplo la promoción. De acuerdo a esto los profesionales verbalizaron su preocupación por la falta de recursos, principalmente humanos.

#### **Recursos para la implementación del Modelo de Atención Integral**

##### *Recurso enfermero*

Dentro del éxito de los planes de calidad del Modelo de Atención Integral se encuentran las prácticas clínicas de calidad, lo que implica ciertas condiciones que las favorecen, como por ejemplo los actores (1), entre ellos el profesional de enfermería: «Tendríamos que tener un grupo de población de cinco mil a siete mil personas. En el sector en que yo trabajo son más de diez mil» (E-1). «Si aumentaran la dotación podríamos hacer varias actividades que hoy en día no estamos haciendo, ya que actualmente decidimos priorizar» (E-6). «Es que muchas cosas aquí se resuelven por la buena voluntad. En realidad eso pasa porque cuando un prestador decide realizar una acción que esta fuera de su agenda, es un tiempo que tiene que restarle a otras cosas» (E-10). «Yo me siento súper cómoda con el Modelo, el tema pasa por los recursos humanos y eso es lo que nos hace andar siempre como atrasados» (E-4). La falta de este recurso, según sus verbalizaciones, ha debilitado su accionar en la atención. A esto se le suma, en algunos casos, la falta de adecuación de los recursos físicos.

##### *Recurso de infraestructura para la implementación de un Modelo de Atención Integral*

El profesional de enfermería expresó que la infraestructura de un Centro de Salud Familiar constituye un elemento que favorece el trabajo con la familia, siempre que se den las condiciones físicas: «Yo creo que tendría que haber más centros de atención familiar, que estén cerca de la comunidad,

y con un equipo destinado a ese centro» (E-1). «Yo creo que la gran barrera que hay en esto es la parte de infraestructura, si fueran a lo mejor las clínicas más grandes, a lo mejor podría haber un trabajo más de familia» (E-3). Al pensar en la infraestructura de los centros, los enfermeros/as han expresado que es necesario adecuar espacios que permitan acoger a la familia o parte de ella, tanto en los controles de salud como en las actividades de promoción y prevención. No obstante, en este último ámbito, existen acciones que se pueden desarrollar en terreno.

#### **Espacios comunitarios territoriales: Sector e intersector** *Espacios para la participación comunitaria*

El trabajo sectorial es una estrategia que fortalece el vínculo con la comunidad, cuyo foco lo constituye la familia y que los profesionales perciben como un elemento positivo para la atención, en tanto identifique necesidades y pueda solucionar problemáticas de salud observadas en sus lugares de habitación: «En el contacto con la familia, la gente nos conoce por el nombre, o sea, ellos a nosotros nos conocen como su equipo y saben que pueden contar con nosotros» (E-4). «Lo que uno quiere es atender a la familia en forma completa, en forma integral, preocuparse de la familia» (E-3). Las expresiones indican que el vínculo, la cercanía, el conocimiento mutuo entre los profesionales y sus usuarios, otorgan la confianza de expresar inquietudes, necesidades, satisfacciones y descontentos.

De acuerdo al Modelo de Atención, las organizaciones intersectoriales se reconocen como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud (1): «Si vamos a una junta de vecinos o hacemos un trabajo con adultos mayores a nivel comunitario, ellos son receptivos, te facilitan las dependencias y les gusta» (E-1). «Lo otro es la disposición de los colegios, cuando uno hace trabajo coordinado con los colegios, ellos te piden temas. El colegio es parte del sector, por lo tanto se siente parte de un sistema, es de colaboración mutua (...) creo que por lo menos en este consultorio hemos tenido buenas experiencias» (E-1).

A diferencia de lo anterior también hubo expresiones negativas sobre el trabajo intersectorial: «Lo que entorpece es la burocracia, se han dado más oportunidades ahora con diferentes programas, pero igual ahí se produce una contradicción. Nosotros vemos dificultades. Se supone que son familias priorizadas en que vamos a estar nosotros, la escuela, el jardín, la municipalidad, y todos los sectores van a estar trabajando para eliminar ese riesgo, pero nosotros vemos muchas trabas en los intersectores» (E-1). «No te contestan, el intersector se vuelve un poco engorroso (...) la burocracia» (E-2). En este sentido y de acuerdo a la experiencia de los profesionales, el fortalecimiento del trabajo intersectorial permite la colaboración

mutua. Estas entidades cautivan a la población, otorgan las dependencias y se vinculan con los Centros de Salud. Esto constituye un espacio óptimo para las actividades de promoción y prevención, siempre que exista un trabajo mancomunado, entre las autoridades de salud, de los centros, de los representantes comunitarios y del equipo de salud.

### **Significados de participación en un Modelo de Atención Integral**

#### *Participación en equipos multidisciplinarios*

El trabajo multidisciplinario es una estrategia diseñada para la atención de la familia que necesita de profesionales capaces de trabajar de forma compartida, a través de la aceptación de otros saberes (14): «(...) hacemos estudios con el equipo de cabecera de cada familia y allí vemos que va a potenciar cada profesional en su área» (E-7). «Los equipos de cabecera son un gran logro; se reúnen acá en forma bisemanal y logran definir cuáles son las familias de riesgo, cuáles son las familias a intervenir y cuáles son los planes de intervención familiar» (E-9). Los profesionales expresaron, entre sus observaciones, que el equipo multidisciplinario constituye un elemento positivo que favorece la atención.

#### *Enfoque promocional y preventivo del Modelo de Atención Integral*

La educación a la comunidad se convierte en una herramienta que le otorga un rol protagónico al enfermero/a, en tanto gesta estos procesos. En estas actividades el profesional reconoce al usuario como un contribuyente activo de su aprendizaje: «El centro del taller es la experiencia de las personas, el facilitador no va a entregar contenidos, sino que en la medida que es imprescindible, porque la mayor parte del conocimiento sale de las personas y uno solamente organiza el conocimiento» (E-5). Respecto al rol educador, los profesionales expresaron algunas sugerencias: «A mí me gustaría un equipo solo para eso, para prevención y promoción, pero que hiciera muchas actividades, pero no aquí, sino que saliera al terreno» (E-8). El profesional de enfermería le otorga importancia a estas actividades; sus dichos se interpretan como que el profesional enfermero debe convertirse en un especialista en promoción y prevención.

#### **Apreciaciones acerca del Modelo de Atención Integral** *Debilidades para la ejecución del Modelo de Atención*

Como todos los proyectos planificados y ejecutados, este Modelo también requiere de una evaluación; es así que las percepciones de quienes lo ejecutan, constituyen la primera fuente de información: «Desde el punto de vista de la familia se desvió el objetivo, no es lo que uno quiere. Lo que uno quiere es atender a la familia en forma completa, en forma íntegra, preocuparse de la familia, eso es lo que uno busca. Y

todo es individual» (E-3). «El Modelo de Atención familiar es una herramienta muy buena, que tiene un enfoque obviamente para atender al grupo familiar en su conjunto, pero sigo manteniendo que las normativas ministeriales dividen las atenciones, entre lo que es salud familiar y lo que es la exigencia de los programas» (E-6). «Existen incongruencias desde la lógica de los objetivos sanitarios versus lo que realmente te piden; entonces allí existe una discordancia entre lo que te piden producir, hacer y poco pensar; para que nos sirva hacer tanto plan, si no lo estamos haciendo de calidad. Yo creo que los equipos se tienen que dedicar efectivamente a los objetivos, pero con un factor promocional y no orientado al trabajo de las metas sanitarias e indicadores» (E-9). Según las expresiones el Modelo es bueno en tanto se enfoca en la familia y la comunidad. No obstante existen algunas debilidades, como por ejemplo el control del cumplimiento de los aspectos administrativos y asistenciales por sobre el verdadero impacto de la atención en la salud de la familia. Existe una separación entre el cumplimiento de metas de los programas y el tiempo de la atención destinada a la familia y la comunidad en temas promocionales y preventivos. Sin embargo, a pesar de estas afirmaciones, la mayoría de los participantes estuvo de acuerdo de que los resultados del Modelo se manifestarán a largo plazo: «Quizás el trabajo familiar más adelante pueda ser muy distinto, quizás más integrado, (...) yo creo que sí lo vamos a lograr» (E-3). «(...) vamos por buen camino, pienso que estamos preparando las bases de la salud familiar» (E-3). A la luz de las expresiones de los profesionales, la reforma en salud en Chile ha tenido avances, sin embargo aún no se ha asentado del todo en sus propósitos.

## DISCUSIÓN

De acuerdo al objetivo central de esta investigación, los profesionales de enfermería que participaron de este estudio evidenciaron su experiencia de participar de un Modelo de Atención Integral, Familiar y Comunitario, ejecutado en la Atención Primaria.

Referido a develar la mirada integral del profesional que cuida, los participantes evidenciaron la aplicación de un enfoque biopsicosocial en un tipo de atención que incorpora a la familia y su contexto territorial. Se reafirma que desde el sentir de los enfermeros/as la integralidad en la atención, ha estado siempre presente. Las enfermeras sanitarias, han incluido permanentemente en su valoración, el contexto biopsicosocial del usuario, lo que se constituye como un pilar para el desarrollo de su rol (9). Se han diseñado programas específicos de especialización para enfermeros en salud familiar con el propósito de desarrollar sólidas competencias, aptitudes idóneas, valores éticos necesarios para atender al individuo sano y enfermo desde una perspectiva

biopsicosocial, a la familia durante las diferentes etapas de su ciclo vital y a la comunidad (10).

Respecto a describir las percepciones de enfermeras/os al participar en el desarrollo de procesos educativos, los profesionales señalan que en esta área de desempeño, ellos cuentan con herramientas para los cambios de conductas de los usuarios, dirigidos al autocuidado, siempre que se centre el aprendizaje en las personas y en sus propias experiencias. Se ha señalado que la educación implica la reflexión sobre el propio ser, sus potencialidades, sus saberes para tomar decisiones sobre su salud (11). Sin embargo aún existen discursos contradictorios, donde al mismo tiempo se describen una educación participativa y basada en el problema como también prácticas basadas en la imposición de ideas (12).

En relación a describir la experiencia de enfermeras/os de su participación en un equipo multidisciplinario, los profesionales expresan que se constituyen equipos multidisciplinarios que definen las familias de riesgo a intervenir desde cada experticia. Así se reafirma que el trabajo multidisciplinario es una práctica que fortalece las prestaciones integrales de salud a la comunidad. El trabajo en equipos multidisciplinarios hace posible la mejora de las acciones cotidianas relacionadas con la salud, con vistas a que se atienda de manera integral (13). Esto requiere de una educación permanente en la rutina diaria de las instituciones de salud, con miras a convertirse en una poderosa estrategia para mejorar la práctica profesional interdisciplinaria (14).

De acuerdo a describir los aspectos afectivos que surgen del profesional de enfermería, enfermeras/os manifiestan satisfacción en su quehacer, pero también algo de frustración, que a pesar de su compromiso de llevar a cabo sus actividades, no cuentan con el tiempo suficiente para una intervención real a la familia, por el déficit de este profesional, necesario para dar cobertura a las prestaciones requeridas para una población en continuo crecimiento. Los enfermeros/as se han declarado insatisfechos debido a la presión asistencial (15).

Asociado a develar las apreciaciones del profesional de enfermería acerca del Modelo de Atención, estos señalan que aún la atención en algunos centros, es algo individualizada en los aspectos administrativos y de infraestructura, que requiere de adaptaciones para la incorporación de la familia. La familia aún no es el centro de atención y que las prácticas de los profesionales en los equipos aún se están centrando en los individuos y en el cumplimiento de metas (6). Los atributos de acceso, enfoque familiar y orientación comunitaria son los que suponen más barreras para el pleno desarrollo de una APS integral (16).

A modo de sugerencias se puede expresar que los significados elaborados por los profesionales de Enfermería están dirigidos especialmente hacia los elementos que podrían fortalecer el éxito de los propósitos del Modelo de Atención Integral. Es así, que es preciso ampliar la dotación enfermero de los Centros de Salud de la Atención Primaria, que permitan las prestaciones requeridas. De esta forma se contaría con un equipo disciplinario de enfermería comprometido y especialista en temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sin debilitar su rol asistencial. En cuanto al trabajo intersectorial de participación comunitaria, se trata de una estrategia participativa innovadora que debe arraigarse en la cultura de las instituciones, por tanto se requiere del apoyo sistemático de las entidades ministeriales que establecen los lineamientos de la Atención Primaria, que respalde la labor del profesional de enfermería, como del equipo de salud en la comunidad.

También se sugiere seguir investigando acerca de las apreciaciones cualitativas, en otros profesionales del equipo de salud, a modo de profundizar la experiencia de llevar a cabo el Modelo de Atención Integral.

**Agradecimientos:** A la Corporación Municipal de Viña del Mar, a los profesionales de Enfermería de los Centros de Salud Familiar Gómez Carreño y Dr. Marco Maldonado, al Centro Comunitario de Salud Familiar Santa Julia y a la Universidad de Playa Ancha por otorgar financiamiento a esta investigación. La investigación se llevó a cabo con la colaboración de un equipo conformado por estudiantes de enfermería de la Universidad de Playa Ancha: Daniela Silva Almarza, Ana Robles Bustamante, Vanessa Schmmesser Molina y Claudia Reyes Jiménez.

**Financiación:** Esta investigación obtuvo financiamiento adjudicado en el Concurso Regular de Investigación 2016, de la Universidad de Playa Ancha.

**Conflicto de intereses:** Ninguno.

## REFERENCIAS

1. Dois A, Ojeda I, Vargas I, Larrea M, Quiroz M, Rodríguez M, et al. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral [Internet]. [citado 29 de julio de 2018]. Disponible en: <http://bit.ly/217dVjO>.
2. Montt J. De consultorio a centro de salud : marco conceptual. Santiago de Chile: El Ministerio; 1997.
3. Depaux R, Campodónico L, Ringeling I, Segovia I. En el camino a centro de salud familiar: Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria; [Internet]. 2008. Disponible en: <http://bit.ly/2WB1PZO>.
4. Lancman S, de Abreu RM, Guimarães N, de Oliveira J. Study of the work and of working in Family Health Care Support Center. Rev Saúde Pública [Internet]. 2013 of October [cited 2018 29 de July];47(5):968-75. Available in: <http://bit.ly/211OIXZ>.

5. Linard AG, Castro MM, Cruz AKL. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da estratégia saúde da família. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 31 de octubre de 2011 de octubre [citado 2018 29 de julio];32(3):546. Disponível em: <http://bit.ly/2JJSeJP>.
6. da Silva NC, Giovanella L, Mainbourg EMT. A família nas práticas das equipes de Saúde da Família. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2014 de abril [citado 2018 29 de julio];67(2):274-81. Disponível em: <http://bit.ly/2W87pTT>.
7. Martín-Crespo M.C, Salamanca A. El muestreo en la investigación cualitativa. *NURE Investigación* [Internet]. 2007 [citado 15 de julio de 2018]; (27). Disponible en: <http://bit.ly/2Mgf8Lb>.
8. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. *Rev. Esp. Salud Publica* [Internet]. 2002 Oct [citado 12 Ago de 2018]; 76( 5 ): 423-436. Disponible en: <http://bit.ly/2WxpNVu>.
9. Parra, D. Revolución científica de la salud familiar en Chile. *Rev. Enfermería Actual en Costa Rica* [Internet]. 2016 [citado el 24 de Nov. de 2017]; (31): pp. 1-16. Disponible en: <http://bit.ly/2YS3yqP>.
10. Gafas C, Herrera A, Salazar YE. Programa de especialización en Enfermería Familiar Comunitaria. Una realidad en Ecuador. *Educ Médica* [Internet]. 2017 de enero;18(1):44-8. Disponible en: <http://bit.ly/2l1OOPI>.
11. Vivero L. La educación popular como paradigma y metodología de acción en salud familiar. *Cienc. enferm.* [Internet]. 2013 [citado el 29 de julio de 2017]; 19( 3 ): pp. 111-116. Disponible en: <http://bit.ly/30RxdIO>.
12. Rocha E, Botelho C, Tavares de Souza M. Prática pedagógica de enfermeiros de Saúde da Família no desenvolvimento da Educação em Saúde. *Comunicação Saúde Educação* [Internet]. 2016 [citado el 5 de Febrero de 2018]; 20(57): pp. 389-401. Disponível em: <http://bit.ly/2VYuzqO>.
13. Da Fonseca S, Da Mattos C. Práticas integrais na estratégia saúde da família no Brasil: o cotidiano do trabalho em equipa. *Rev. Enf. Ref.* [Internet]. 2013 de Jul [citado el 18 de Sept. de 2017]; serIII(10): pp. 99-108. Disponível em: <http://bit.ly/2K9M9Gg>.
14. Pinheiro de Farias E, Falcão C, Tórrez J. Interdisciplinarity in healthcare education: the preceptor's view of family health. *Comunicação Saúde Educação* [Internet]. 2014 [citado el 19 de Febrero de 2018]; 18(49): pp.337-50. Available in: <http://bit.ly/2KcK787>.
15. Rodríguez A, Gómez P. de Dios R. Estudio de la satisfacción laboral en los equipos de atención primaria en un área sanitaria de Asturias. *Enfermería Global* [Internet]. 2017 [citado el 18 de Sep. de 2017]; 16 (3): pp. 369-383. Disponible en: <http://bit.ly/2VS6Fgl>.
16. Rodríguez L, Acosta N, Ruíz M. Evaluación del desempeño de servicios de Atención Primaria en Salud: experiencia en municipios rurales en Santander, Colombia. *Revista de Salud Pública (Bogotá)*, [Internet]. 2013 [citado el 04 de Agos. de 2018]; 15, (3):167-179. Disponible en: <http://bit.ly/2W96Ed6>.