

Experiencia de aprendizaje mediante el modelo integral de salud familiar y comunitario: opiniones de estudiantes de Enfermería de Chile

M. Elena MUÑOZ-SAMAÍN, Mónica ILLESCA-PRETTY, José I. GALLEGOS-SOTO, M. CABEZAS-GONZÁLEZ, Alejandro HERNÁNDEZ-DÍAZ, Jessica GODOY-POZO

Introducción. La práctica en centros de salud constituye un eje fundamental en la formación profesional del enfermero/a y es necesario propiciar instancias de aprendizaje favorables. El objetivo del estudio fue explorar la percepción de estudiantes de quinto año de la carrera de Enfermería de la Universidad Santo Tomás, Chile, en relación con su experiencia de aprendizaje durante su formación de pregrado, mediante el modelo integral de salud familiar y comunitario.

Material y método. Investigación cualitativa, exploratoria, descriptiva, interpretativa, a través de un estudio intrínseco de casos. Es una muestra no probabilística, intencionada por criterios y a conveniencia (16 estudiantes). Se utilizó un grupo focal con análisis a partir de la reducción de datos. La validez se vigiló con los criterios de rigor, triangulando por investigadores. El estudio fue aprobado por el comité ético científico de la institución y se consideró la firma del consentimiento informado.

Resultados. Se identificaron 353 unidades de significado, que originaron cuatro núcleos temáticos: 'conceptualización del modelo en pregrado'; 'aportes de los estudiantes en el proceso enseñanza-aprendizaje para internalizarlo'; 'componentes asociados a factores que facilitan y dificultan su aplicabilidad' y 'cualidades adquiridas por la práctica del modelo'. Finalmente, emergen dos dominios cualitativos: 'aportes de los estudiantes en el proceso de formación' y 'beneficios del modelo en el proceso de formación para la adquisición de competencias genéricas'.

Conclusiones. Los estudiantes conocen el significado del modelo integral de salud familiar y comunitario, identifican mayoritariamente la estructura curricular como factor obstaculizador, reconocen que aprenden a través de metodologías centradas en el estudiante y describen las competencias genéricas declaradas en el perfil de egreso.

Palabras clave. Aprendizaje. Educación en enfermería (DeCS). Enfermería. Estudiantes de Enfermería. Salud pública. Salud familiar.

Learning experience using the comprehensive family and community health model: Chile's nursing students' opinions

Introduction. The practice in Health Centers constitutes a fundamental axis in the professional training of nurses, being necessary to promote favorable learning instances. The objective of the study was to explore the perception of fifth-year nursing students at Santo Tomás University, Chile, in relation to their learning experience during their undergraduate training, using the Comprehensive Family and Community Health Model.

Material and method. Qualitative, exploratory, descriptive, interpretive research, through intrinsic study of cases. Sample, non-probabilistic, intentional by criteria and convenience (16 students). A focus group was used; analysis from data reduction. Validity was ensured with rigorous criteria, triangulated by researchers. It was approved by the Scientific Ethics Committee of the Institution; it was considered the signing of the informed consent.

Results. 353 units of meaning were identified, originating four thematic nuclei: 'Conceptualization of the Model in undergraduate'; 'Student contributions in the teaching-learning process to internalize it'; 'Components associated with factors that facilitate and hinder its applicability' and 'Qualities acquired by the practice of the Model'. Finally, two qualitative domains emerge: 'Contributions of the students in the training process' and 'Benefits of the Model in the training process for the acquisition of generic competences'.

Conclusions. Students know the meaning of the Comprehensive Family and Community Health Model, mostly identify the curricular structure as an impeding factor, recognize that they learn through student-centered methodologies and describe the generic competencies declared in the Graduate Profile.

Key words. Family health. Learning. Nursing. Nursing education (MeSH). Nursing students. Public health.

Departamento de Salud; Universidad Santo Tomás (M.E. Muñoz-Samaín). Universidad Católica Santísima Concepción. Los Ángeles (J.I. Gallegos-Soto). Departamento de Medicina Interna; Oficina de Educación en Ciencias de la Salud (M. Illesca-Pretty). Departamento de Ciencias Preclínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la Frontera (M. Cabezas-González). Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias. Universidad Mayor. Temuco (A. Hernández-Díaz). Instituto de Enfermería. Oficina de Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile (J. Godoy-Pozo).

Correspondencia:

Mg. Jessica Godoy Pozo. Instituto de Enfermería. Oficina de Educación en Ciencias de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Campus Isla Teja, s/n. Valdivia, Chile.

E-mail:

jessica.godoy@uach.cl

Recibido:

13.04.21.

Aceptado:

30.07.21.

Conflicto de intereses:

No declarado.

Competing interests:

None declared.

Cómo citar este artículo:

Muñoz-Samaín M, Illesca-Pretty M, Gallegos-Soto JI, →



Artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ISSN: 2014-9832

ISSN (ed. digital): 2014-9840

Cabezas-González M, Hernández-Díaz A, Godoy-Pozo J. Experiencia de aprendizaje mediante el modelo integral de salud familiar y comunitario: opiniones de estudiantes de Enfermería de Chile. FEM 2021; 24: 263-9. doi: 10.33588/fem.245.1147.

© 2021 FEM

Introducción

Producto de la globalización, los cambios en el perfil epidemiológico, demográfico, educacional, familiar, comunitario y social han llevado al replanteamiento de nuevas formas de atención en salud. En Chile se sustenta en el modelo de salud familiar, con un enfoque biopsicosocial y sistémico, centrado en las personas, su contexto familiar y social [1]. En este escenario, los equipos de salud deben implementar nuevas formas relacionales, poniendo en el foco de su quehacer al usuario y su salud [2], fortaleciendo la promoción y prevención, y migrando desde un enfoque biomédico a uno integral biopsicosocial [3,4].

El modelo se basa en tres principios cimentados en el marco de un trabajo en red y en equipo: centrado en las personas; manteniendo la integralidad y continuidad del cuidado, y resguardando los enfoques de interculturalidad y género. Para ello, se requiere que el trabajo sea multiprofesional, interdisciplinar y transdisciplinar [5,6], de carácter holístico, familiar y comunitario, y considerar los cuidados de salud como un proceso continuo e integral con enfoque preventivo [7]. En este contexto, cabe mencionar que las/os enfermeras/os, debido a su formación, logran valorar al usuario desde una perspectiva biopsicosocial, incorporando a la familia y a su contexto territorial [8].

En este sentido, los centros de salud de atención primaria constituyen espacios de aprendizaje fundamentales para la consolidación de procesos formativos. Las actividades prácticas interprofesionales son valoradas por los estudiantes como una instancia que fortalece la comunicación y el liderazgo desde una perspectiva democrática [9]. En dichas prácticas, se espera que los estudiantes logren autonomía, responsabilidad e iniciativa, que sepan trabajar de manera colaborativa y cooperativa, y que apliquen un pensamiento crítico, lógico y creativo [10].

Se ha demostrado que, para alcanzar los aprendizajes esperados en experiencias prácticas de atención primaria, el docente-tutor de enfermería debe incluir actividades dirigidas a la asistencia, que integren procedimientos y actitudes promotoras de educación en salud, desde una mirada crítica. Para que el estudiante alcance un nivel de desempeño superior e independiente, requiere apoyo permanente del docente-tutor [11]. Asimismo, es deseable que exista una preparación intencionada del estudiantado, desde el nivel inicial, para que pueda contar con herramientas para la experiencia práctica, y el modelo de trabajo colaborativo con casos es una estrategia muy valorada por ellos, ya

que les permite dimensionar el trabajo interdisciplinar de los profesionales de atención primaria, despierta su motivación e interés, y logra una aproximación a través del aprendizaje social [12].

El docente-tutor debe tener condiciones que trascienden el ámbito cognitivo: características afectivas, como disponibilidad para disipar dudas, motivar y acoger a sus estudiantes, contribuir a la formación de cualidades, valores y formas de actuar, orientar, fiscalizar y evaluar de manera integral [12,13].

En este contexto, la Universidad Santo Tomás, institución privada, con 14 sedes a lo largo del país, con una Facultad de Salud que imparte siete carreras (Enfermería, Kinesiología, Tecnología médica, Fonoaudiología, Terapia ocupacional, Nutrición y dietética, y Ciencias del deporte y actividad física), responde a un modelo educativo centrado en el aprendizaje [14,15]. Los estudiantes de la carrera de Enfermería con cinco años de duración y con 300 créditos inician sus actividades prácticas en atención primaria en salud desde el segundo y hasta el quinto año, y se espera que integren aprendizajes y apliquen los principios del modelo integral de salud familiar y comunitario en contextos reales. Durante esta experiencia, son monitorizados por profesionales de la respectiva disciplina, quienes cumplen el papel de facilitador del proceso enseñanza-aprendizaje [14-16]. Estas instancias constituyen un desafío para el docente-tutor, ya que debe propiciar el desarrollo de capacidades actitudinales [17] y profesionales, aprovechando el escenario de aprendizaje cargado de estímulos y oportunidades que aportan al proceso formativo [7].

Cabe señalar que, antes de las experiencias clínicas, los estudiantes reciben formación teórico-práctica en dependencias de la institución, a través de clases teóricas, talleres, seminarios, lecturas dirigidas y resolución de casos clínicos, demostración y devolución de procedimientos en salas de laboratorio [18,19]. Finalmente, todas estas estrategias, sumadas a la experiencia práctica en centros de salud, permiten tributar al cumplimiento del perfil de egreso de la carrera de enfermería declarado por la universidad, en lo que concierne a proporcionar atención de salud integral a la comunidad [20].

La inexistencia de una evaluación formal de la experiencia de aprendizaje utilizando el modelo de salud integral familiar y comunitario lleva al planteamiento del objetivo de este estudio: explorar la percepción de estudiantes de quinto año de la carrera de Enfermería de la Universidad Santo Tomás en relación con su experiencia de aprendizaje durante su formación de pregrado utilizando el modelo integral de salud familiar y comunitario.

Los resultados de este estudio constituirán un aporte que habrá que considerar en los procesos formativos e innovación curricular de la carrera de Enfermería de dicha universidad; además, permitirán fortalecer programas de capacitación docente orientados a metodologías activas efectivas que aproximen al estudiante a la experiencia de aprendizaje en contextos reales.

Material y método

Es una investigación cualitativa, descriptiva, exploratoria e interpretativa mediante un estudio intrínseco de caso [21-24].

El universo estuvo constituido por los estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Santo Tomás, sede Los Ángeles, año 2017. La unidad de análisis correspondió a estudiantes de quinto año. La muestra no probabilística de casos por criterio [25,26] se conformó con 16 informantes claves. Los criterios de inclusión fueron: ser estudiante de quinto año de enfermería de la Universidad Santo Tomás, sede Los Ángeles; estar realizando el internado durante el primer semestre de 2017; tener disponibilidad horaria; aceptar participar voluntariamente del estudio, y firmar previamente el consentimiento informado.

Para la recolección de datos se utilizó la técnica cualitativa de grupos focales [23]. Se formaron dos grupos de ocho participantes cada uno y las sesiones tuvieron una duración de 150 minutos, realizadas en dependencias de la universidad. El registro de la información se hizo mediante notas de campo y grabaciones de audio previa autorización de los participantes. Los datos se recopilaban hasta llegar al punto de saturación, es decir, cuando no emergieron nuevos conceptos [23,24].

Para el análisis de datos se utilizó el método de comparación constante [23,27], es decir, no se agruparon en categorías predeterminadas, sino más bien emergieron de un proceso de razonamiento inductivo; por tanto, se adoptó el esquema de la reducción progresiva (separación de unidades, agrupamiento, identificación y clasificación de elementos), disposición, transformación y obtención de conclusiones verificables, realizando la operación de forma manual:

- Nivel 1: segmentación e identificación de unidades de significado (codificación) y agrupación de categorías descriptivas de los fragmentos de textos con sentido semántico relacionados directamente con el carácter reflexivo desde el punto de vista del informante.

- Nivel 2: construcción de un sistema de núcleos temáticos emergentes o metacategorías (dimensión interpretativa del investigador a partir de los conceptos del primer nivel).
- Nivel 3: identificación de dominios cualitativos (análisis secuencial y transversal de las metacategorías).

La rigurosidad científica del estudio estuvo determinada por los cuatro criterios de rigor: valor de verdad (credibilidad), aplicabilidad (transferibilidad), consistencia (dependencia) y neutralidad (confirabilidad) [28].

En cuanto al aspecto ético, se consideró el principio a la dignidad humana, el cual comprende el derecho a la autodeterminación y al conocimiento irrestricto de la información [29], y se les señaló a los informantes que la información obtenida se mantendría en la más estricta confidencialidad y que los datos serían utilizados sólo con fines científicos. Además, se les dio a conocer el objetivo de la investigación, la metodología considerada para la selección de los participantes, los procedimientos para la recopilación de datos, incluyendo el uso de una grabadora digital, y los aspectos que aparecen mencionados en el formulario de consentimiento informado. Esta investigación fue aprobada por el comité ético científico de la Universidad Santo Tomás.

Resultados

El análisis de los datos obtenidos desde los grupos focales siguió un esquema que, de forma progresiva, generó una reducción de la información que concuerda con la interrogante del estudio a través de los niveles que se detallan a continuación.

Nivel 1

Se encontraron 353 unidades de significado de importancia para el estudio, agrupadas en cinco categorías descriptivas en función del objetivo del estudio, que se presentan en la tabla.

Nivel 2

Representa las categorías descriptivas codificadas del nivel 1 y emergen cuatro núcleos temáticos o metacategorías que representan la realidad estudiada tal como la describen los informantes claves:

- Conceptualización del modelo integral de salud familiar y comunitario en el pregrado: impresio-

Tabla. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de las categorías descriptivas con sus correspondientes categorías emergentes y unidades de significado.

		Unidades de significado	N.º	%
Significado en el modelo integral de salud familiar y comunitaria	Otras formas de atención en salud	Intersectorial	12	13,3
		Visita domiciliaria integral	7	7,8
		Continuidad de la atención intra- y extrahospitalaria	7	7,8
		Estrategias para la prevención	6	6,7
		Consideración del ciclo vital	4	4,4
	Trabajo de equipo interdisciplinario	Enfermeras	12	13,3
		Educadora de párvulos	4	4,4
		Psicólogos	4	4,4
		Médicos	2	2,2
		Asistente social	2	2,2
		Otros (profesores de educación física, matronas)	2	2,2
		Incorporación de la familia, comunidad	Familia	9
		Comunidad	6	6,7
	Consideración de la persona física, mental y social	Atención integral y personalizada	13	14,4
		Total, categoría	90	100
Estrategias metodológicas para aprender el modelo integral de salud familiar y comunitaria	Sugerencias	Mayor aplicabilidad del modelo	11	12,2
		Refuerzo de las actividades prácticas	9	10
		Incorporación de asignaturas profesionales los primeros años	7	7,8
		Inclusión de electivos	5	5,6
	Estrategias metodológicas constructivistas	Visita domiciliaria integral	8	8,9
		Laboratorios prácticos	8	8,9
		Práctica	5	5,6
	Estrategias metodológicas conductistas	Casos clínicos	3	3,3
		Clases	15	16,6
	Recursos de apoyo a la docencia	Conversaciones	5	5,6
		Lectura guiada	3	3,3
		Proyección multimedia	2	2,2
	Efectos del mal uso de las estrategias	Memorización	9	10
			Total, categoría	90

nes del significado que tiene para los educandos la conceptualización de este modelo.

- Aportes de los estudiantes en el proceso enseñanza-aprendizaje para internalizar el modelo integral de salud familiar y comunitario: apreciación de los educandos relacionados con las estrategias metodológicas utilizadas para aprenderlo.
- Componentes asociados a factores que facilitan y dificultan la aplicabilidad del modelo integral de salud familiar y comunitario: opiniones del estudiantado vinculadas a considerar elementos que influyen en el proceso enseñanza-aprendizaje de este modelo.
- Cualidades adquiridas al aplicar el modelo integral de salud familiar y comunitario: valoración de la utilidad que perciben los estudiantes para el desarrollo de competencias sistémicas, instrumentales e interpersonales.

Nivel 3

Después del análisis secuencial y transversal de los núcleos temáticos o metacategorías, se realizó una reconstrucción sintética donde emergieron dos dominios cualitativos:

- Aportes de los estudiantes en el proceso de formación del modelo integral de salud familiar y comunitario a nivel de pregrado: representa las opiniones del alumnado vinculadas a la conceptualización, las estrategias metodológicas para aprenderlo, y los factores que facilitan y dificultan su aplicabilidad.
- Beneficios del modelo integral de salud familiar y comunitario en el proceso de formación de los estudiantes de la carrera de Enfermería: evidencian su aporte en la formación de los estudiantes respecto al desarrollo de competencias genéricas.

Discusión

Lo desvelado por los informantes, en relación con el significado del modelo integral de salud familiar y comunitario, concuerda con lo señalado por entidades ministeriales chilenas [2]. Las opiniones identifican los principios y elementos constituyentes del modelo, donde se reconoce que es una forma de atención en salud en la que se requiere un trabajo de equipo interdisciplinario, incorporando a la familia, la comunidad y las redes de apoyo, que considera a la persona en los ámbitos físico, mental y social, como también la importancia de la continui-

dad del cuidado [1-3]. Al igual que lo planteado en la bibliografía, se destaca la correspondencia entre el significado y su coacción a nivel de la intersectorialidad y las visitas domiciliarias como eje operativo [5,6]. Asimismo, se señala la importancia participativa de las/os enfermeras/os como agentes de salud, reconociéndolas/os como profesionales relevantes en este modelo [8].

Los informantes de este estudio, al igual que los de otros, reconocen, a partir del trabajo en centros de salud utilizando el modelo, la adquisición de competencias sistémicas, interpersonales e instrumentales, las cuales constituyen un pilar esencial en la formación profesional, entre las cuales están el trabajo en equipo e interdisciplinar, aplicar conocimientos a la práctica, el liderazgo, aprender a aprender, la comunicación, la proactividad y el respeto por la cultura [9,10,16,18].

Las estrategias metodológicas para aprender el modelo, como clases, visitas domiciliarias, laboratorios prácticos, práctica y casos clínicos, son concordantes con los planteamientos de la universidad, que dan cuenta de acciones tendentes a fomentar la consciencia de aprender, la capacidad de estudiar y el rigor intelectual [14,16]. Sin embargo, las sugerencias de los informantes demandan actividades que los desafíen a aplicar el modelo, donde el estudiante tenga un papel protagónico con la guía del docente, lo que puede ser intencionado en asignaturas de niveles iniciales y avanzados a través del trabajo colaborativo en grupos pequeños [8,16,17]. Ello permitirá fortalecer la capacidad de juicio crítico, liderazgo y trabajo colaborativo, ya que se espera que los estudiantes la consoliden en la experiencia en atención primaria [9-12].

Como estrategias de recurso de apoyo docente, al igual que lo planteado en otros estudios, este grupo señala mantener conversaciones, lecturas guiadas y proyecciones multimedia [11,14,16].

Respecto a los factores que dificultan la aplicabilidad del modelo, se relacionan con la estructura curricular, entre ellos poca aplicabilidad, insuficiente práctica, ausencia de asignaturas profesionales en los primeros años de corte extrahospitalario y gran número de estudiantes en la práctica [18,19]. Lo encontrado se vincula directamente al plan de estudio y hace pensar en una revisión del diseño curricular de la carrera e implementación microcurricular, con la finalidad de lograr coherencia con el modelo educativo de la institución y con los principios orientadores del plan estratégico institucional [8,16]. Con respecto a la labor del docente-tutor, la retroalimentación inadecuada, la inexperiencia, la falta conocimiento del área que supervisa, la des-

Tabla. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de las categorías descriptivas con sus correspondientes categorías emergentes y unidades de significado (cont.).

	Unidades de significado	N.º	%
Factores que dificultan la aplicabilidad del modelo integral de salud familiar y comunitaria	Asignaturas profesionales no incluidas en el primer año	12	18,8
	Poca aplicabilidad del modelo	11	17,2
	Estructura curricular		
	Práctica insuficiente	9	14,1
	Electivos no pertinentes	5	7,8
	Gran número de estudiantes en práctica	2	3,1
	Docentes		
	Retroalimentación inadecuada	7	10,9
	Falta de experiencia y saber del área que supervisan	3	4,7
	Insuficientes	2	3,1
CESFAM para el aprendizaje práctico	Falta de convenios con el CESFAM	5	7,8
	Superposición de actividades profesionales	3	4,7
	Estudiantes		
Desmotivación	5	7,8	
	Total, categoría	64	100
Factores que facilitan la aplicabilidad del modelo integral de salud familiar y comunitaria	Docentes		
	Conocimiento e integración del modelo	7	11,1
	Formación docente	7	11,1
	Compromiso	6	9,5
	Experiencia práctica	5	7,9
Cualidades de los estudiantes	Vocación	9	14,3
	Motivación	8	12,7
	Aplicación del modelo en sí	6	9,5
Centros asistenciales	Disposición de enfermeras/os asistenciales	7	11,1
	Buen ambiente laboral	2	3,2
Proceso de enseñanza-aprendizaje del modelo	Aplicabilidad del modelo	6	9,5
	Total, categoría	63	100

Tabla. Distribución de frecuencias de las unidades de significado de las categorías descriptivas con sus correspondientes categorías emergentes y unidades de significado (cont.).

		Unidades de significado	N.º	%
Competencias genéricas desarrolladas con la aplicabilidad del modelo integral de salud familiar y comunitaria	Sistémicas	Calidad en la atención	7	15,2
		Proactividad	4	8,7
		Aplicabilidad	4	8,7
		Aprender a aprender	3	6,5
		Investigar	2	4,3
	Interpersonales	Respetar creencias, culturas y valores	11	23,9
		Responsabilidad	3	6,5
		Trabajo interdisciplinar	2	4,3
		Gestionar	4	8,7
	Instrumentales	Intervenir todas las áreas	2	4,3
		Comunicación oral y escrita	2	4,3
		Ayudar a tomar decisiones	2	4,3
		Total	46	100

CESFAM: Centro de salud familiar.

motivación y la insuficiente retribución se identifican como factores que inciden negativamente en la práctica del modelo, lo que reafirma lo estipulado en la bibliografía, donde destacan las características que debe tener el docente-tutor en lo afectivo, disponibilidad y orientación, ya que su desempeño determinará el apoyo que le pueda brindar al estudiante para alcanzar un nivel superior en su actuación [7,8,11-13].

Entre los factores facilitadores para aprender el modelo y que se vinculan con el docente-tutor destacan el conocimiento y la integración del modelo, la formación en docencia, el compromiso y la experiencia práctica. Los aspectos señalados tienen directa relación con la complejidad de los aprendizajes que necesita desarrollar, que corresponden a niveles superiores e implican los dominios cognitivo, procedimental y actitudinal; por tanto, requieren apoyo y orientación del docente-tutor, y sólo de esa forma lograrán el nivel de desarrollo esperado de pensamiento crítico, autonomía, trabajo colaborativo, comunicación efectiva y liderazgo [9-11].

Es importante señalar que las mayores opiniones

se refieren a sugerencias, como mayor aplicabilidad del modelo, refuerzo de actividades prácticas, incorporar asignaturas profesionales en los primeros años e incluir electivo, aspectos subsanables desde el punto de vista curricular, y que, sin duda, potenciarán el aprendizaje y optimizarán la experiencia práctica.

Se evidencia la importancia de contar con espacios de práctica en contextos reales; sin embargo, surge la necesidad de realizar adecuaciones curriculares que permitan metodologías activas en cursos inferiores, con la finalidad de que existan instancias de construcción de aprendizajes previos de manera progresiva. Así, también, se hace necesario fortalecer la capacitación docente específicamente en el área donde realizarán supervisión y en técnicas de retroalimentación efectiva.

Otro aspecto que se debe tener presente es que los resultados de este estudio no son generalizables, sólo representan la opinión de 16 estudiantes de la carrera de Enfermería de la Universidad Santo Tomás, sede Los Ángeles, que realizaron su internado en 2017.

Entre las limitaciones de este estudio se observaron dificultades de acceso a entrevistados y de desplazamiento para concretar entrevistas.

A modo de conclusión, para optimizar la experiencia práctica se debe potenciar la capacitación en docencia, seleccionar docentes con competencias específicas en el área y revisar el currículo, con la finalidad de propiciar tempranamente experiencias vinculadas al modelo integral de salud familiar.

Bibliografía

- Goldstein E. El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal Marco para un debate sobre desmunicipalización. Santiago de Chile: Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2014.
- Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Santiago de Chile: Gobierno de Chile; 2012.
- Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la planificación y programaciones en red. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Gobierno de Chile; 2014.
- García Huidobro D, Barros X, Quiroz A, Barría M, Soto G, Vargas I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Pública 2018; 42: 1-9.
- Aguayo E, Rojas V. Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud dirigido a equipos de salud de la red de atención de salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Gobierno de Chile; 2012.
- Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. La atención primaria de salud en la región de las Américas a 40 años de la declaración de Alma Ata. Rev Panam Salud Pública 2018; 42: 1-6.

7. Franco A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS) *Rev Fac Nac Salud Pública* 2015; 33: 414-24.
8. González Vega MP. Experiencias de enfermeros de la atención primaria, partícipes del modelo de atención integral. *Rev Salud Pública* 2018; 20: 677-83.
9. Pascual JG, Rubio N, Pozo BS, Sanz P, Romero AL, Balsa MJ, et al. Educación interprofesional a través de la atención domiciliaria: experiencia tras dos años de implementación. *Universidad Europea de Madrid. Educ Med* 2019; 20: 2-7.
10. Pulido-Fuentes M. Experiencia de aplicación del aprendizaje colaborativo con estudiantes de enfermería familiar y comunitaria y salud pública. En Rodríguez Martín B, coord. *Docencia colaborativa universitaria: planificar y evaluar con entornos virtuales de aprendizaje*. Cuenca: Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha; 2020. p. 87-96.
11. Puerto-Hernández SA. El tutor de enfermería: un paradigma que se impone. *Rev Cubana Enfermer* 2017; 33: 5-7.
12. Rodríguez López M, Morera Negre MM, García Puentes E. El profesor tutor en la Carrera de Enfermería. *Ciencias Médicas* 2013; 175: 146-60.
13. Bardallo Porras L, Rodríguez Higuera E, Chacón Sánchez M. La relación tutorial en el Practicum de Enfermería. *Revista de Docencia Universitaria* 2012; 10: 211-28.
14. Universidad Santo Tomás. Documento Informe de Evaluación Institucional. Santiago de Chile: Universidad Santo Tomás; 2014.
15. Comisión Nacional de Acreditación CNC-Chile. Resolución de Acreditación Institucional n.º 294. Santiago de Chile: Comisión Nacional de Acreditación CNC-Chile; 2014.
16. Salas Perea R, Quintana Galende M, Pérez Hoz G. Formación basada en competencias en ciencias de la salud. *Medisur* 2016; 14: 456-63.
17. Maldonado-Rojas M, Vidal-Flores S, Royo-Urrizola P, Gómez-Urrutia V. Evaluación de competencias genéricas en egresados de tecnología médica de la Universidad de Talca, Chile. *FEM* 2015; 18: 353-9.
18. Universidad Santo Tomás. Documento de Plan Estratégico Institucional 2015-2018. Santiago de Chile: Universidad Santo Tomás; 2015.
19. Universidad Santo Tomás. Decreto n.º 527. Creación de la carrera de Enfermería. Santiago de Chile: Universidad Santo Tomás; 2003.
20. Universidad Santo Tomás. Documento 'Informe del proceso de rediseño curricular, escuela de enfermería, primer semestre'. Santiago de Chile: Universidad Santo Tomás; 2011.
21. Millan Klüsse T. Investigación cualitativa en el campo de la salud: un paradigma comprensivo. *Rev Chil Pediatr* 2018; 89: 427-9.
22. Díaz Narváez VP, Calzadilla Núñez A. Artículos científicos, tipos de investigación y productividad científica en las Ciencias de la Salud. *Ciencias de la Salud* 2018; 14: 115-21.
23. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5 ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2010.
24. Arzaluz Solano S. La utilización del estudio de caso en el análisis local. *Región y Sociedad* 2005; 17: 107-44.
25. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int J Morphol* 2017; 35: 227-32.
26. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6 ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000.
27. Miles M, Huberman M. *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. 2 ed. California: SAGE Publications, Inc; 1994.
28. Guba E, Lincoln Y. *Effective evaluation: improving the usefulness of evaluation results through responsive and naturalistic approaches*. San Francisco: Jossey-Bass; 1981.
29. Lolas Stepke F, Quezada Sepúlveda A. Pautas éticas de investigación en sujetos humanos: nuevas perspectivas. Santiago de Chile: Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003.