



UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

Escuela de Postgrado

“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: EVALUACIÓN DE
COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA EN LAS FUNCIONES
ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA LIMA, 2015”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN SALUD

Presentado por:

AUTOR: GRACIELA ADILBERTA GUEVARA MOROTE

Lima - Perú

**“VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: EVALUACIÓN DE
COMPETENCIAS DE LA ENFERMERA EN LAS FUNCIONES
ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA LIMA, 2015”**

ASESORA: DRA. CLAUDIA MILAGROS, ARISPE ALBURQUEQUE

DEDICATORIA

A mi querido esposo Víctor y a mis adorados nietos Leonardo y Víctor Alejandro.

A mis queridos hijos Juan Carlos y Víctor Hugo y sus hermosas familias.

A mí adorada Madre Blanca porque siempre me inculcó el estudio y la superación.

AGRADECIMIENTOS

*A la Universidad Privada Norbert Wiener y
los Docentes del Doctorado en Salud.*

*A mi asesora Dra. Claudia Arispe
Alburquerque.*

*A la Dra. Isabel Peñarrieta de Córdova y al
Mg. Raúl Ruíz Arias.*

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice general.....	vi
Índice de tablas.....	viii
Resumen.....	x
Abstract.....	xii
Introducción.....	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema.....	1
1.2. Formulación del problema.....	5
1.2.1. Problema general.....	5
1.2.2. Problemas específicos.....	5
1.3. Objetivos de la investigación.....	7
1.3.1. Objetivo general.....	7
1.3.2. Objetivos específicos.....	7
1.4. Justificación de la investigación.....	8
1.5. Limitaciones de la investigación.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación.....	11
2.2. Bases teóricas.....	26
2.3. Formulación de hipótesis.....	53
2.4. Operacionalización de variables e indicadores.....	53
2.5. Definición de términos básicos.....	55
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	
3.1. Tipo y nivel de investigación.....	57
3.2. Diseño de la investigación.....	57

3.3. Población y muestra.....	58
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	59
3.4.1. Descripción del Instrumento.....	59
3.4.2. Validación del Instrumento.....	61
3.5. Procesamiento y análisis de datos.....	66
3.6. Aspectos éticos.....	68

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1. Procesamiento de Datos: Resultados.....	69
4.2. Prueba de Hipótesis.....	86
4.3. Discusión de Resultados.....	86

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.....	94
5.2 Recomendaciones.....	97

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	99
--	-----------

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	109
Anexo 2: Instrumento.....	110
Anexo 3: Tabla de Interpretación del coeficiente de correlación de Pearson o Sperman.....	119
Anexo 4: Carta N° 08.08-006/2015/UPNW	120

ÍNDICE DE TABLAS

N° de tabla	Nombre de tabla	Pág.
1.	Análisis de la validez de contenido de las competencias para la evaluación de la población del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública.....	70
2.	Análisis de la validez de contenido de las competencias para la planificación con enfoque en la población, del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública.....	71
3.	Análisis de la validez de contenido de las competencias para la implementación de la intervención del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública.....	72
4.	Análisis de la validez de contenido de las competencias para la evaluación de procesos y resultados, del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública.....	73
5.	Análisis de confiabilidad del Instrumento para la evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública, con la prueba piloto (n=30).....	76
6.	Correlación de Pearson de los puntajes totales Instrumento para la evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública, con la prueba piloto (n=30).....	76
7.	Análisis de confiabilidad del instrumento con muestra de 100 enfermeras, mediante test y retest.....	77

8.	Prueba de muestras relacionadas para los puntajes totales de las competencias de la enfermera, mediante test y retest.....	78
9.	Correlación de Pearson de los puntajes totales de test y retest.....	79
10.	Análisis de confiabilidad con el estudio (301 enfermeras)	80
11.	Análisis factorial para la validación de constructo del cuestionario con 301 enfermeras.....	81

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue establecer la validez y confiabilidad del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte, Lima Perú. Estudio transversal de tipo descriptivo explicativo de enfoque cuantitativo. La muestra estuvo conformada por 301 profesionales de enfermería que laboran en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte. La validez y confiabilidad del instrumento estuvo conformado por 4 competencias y 112 actividades, se realizó en dos fases; en la primera fase se validó a través del juicio de expertos y se determinó la confiabilidad en una prueba piloto de 30 participantes, para determinar la confiabilidad y estabilidad se aplicó un test y retest a 100 participantes resultando una confiabilidad elevada, así mismo la respuesta de las enfermeras se mantenía estable con el paso del tiempo.

La última versión del instrumento se aplicó a 301 participantes, se obtuvo un alfa de cronbach de 0.987 en todo el instrumento y 0,9 en las cuatro dimensiones; para la validez del constructo se realizó el proceso de análisis factorial, justificado por la significancia de la prueba de Bartlett ($8\text{Sig}=0.00$) y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO de 0.947), se extrajeron cuatro factores en función a las cuatro dimensiones.

Palabras Clave: Competencias, validez, confiabilidad, atención primaria de salud.

ABSTRACT

The objective of the research was to establish the validity and reliability of the assessment instrument of the competencies required to guarantee compliance with the essential public health functions (ESPE) of the nursing professional working at the first level of care, on the Internet of Health Lima City and Health Network Lima Norte, Lima Peru. Transversal study of an explanatory descriptive type with a quantitative approach. The sample consisted of 331 nursing professionals who worked in the first level of care of the Health Networks of Lima. The validity and reliability of the instrument conformed by 4 competences and 112 activities, was carried out in two phases; In the first phase, it was validated through expert judgment and reliability was determined in a pilot sample of 30 participants. To determine the reliability and stability, a test and retest was applied to 100 participants resulting in high reliability, as well as the response of The nurses remained stable with the passage of time.

The last version of the instrument was applied to 301 participants, a cronbach alpha of 0.987 was obtained in the whole instrument and 0.9 in the four dimensions, for the validity of the construct the factorial analysis process was performed, justified by the significance of the Bartlett Test (Sig = 0.00) and the Kaiser-Meyer-Olkin sample adequacy measure (KMO of 0.947), four factors were extracted according to the four dimensions.

Keywords: Competencies, Validity, Reliability, Primary Health Care.

INTRODUCCIÓN

A nivel internacional se reconoce que las funciones esenciales de salud pública, son una oportunidad para explorar y desarrollar nuevos modelos de enfermería en salud pública abordados a través de un enfoque poblacional. En el Perú una de las grandes prioridades, retos y responsabilidades de salud pública es lograr desarrollar acciones de protección y promoción de la salud; prevención de enfermedades y recuperación; y rehabilitación de la salud; en los diferentes niveles de atención del sistema nacional de salud, que tienen su base en la atención primaria, con la participación de la comunidad organizada, en respuesta a las funciones esenciales de la salud. En este contexto muchos enfermeros laboran en el campo de la atención primaria de salud, sin embargo no se cuenta con un instrumento que sirva para evaluar el cumplimiento de las competencias que se requiere para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) por el profesional de enfermería.

En estados Unidos la Asociación de Enfermería en Salud Pública y Enfermeras de la Universidad de Minesota, elaboró el instrumento “Competencias de Enfermería en Salud Pública (PHNCI)”, para medir conocimientos y habilidades de las enfermeras en salud pública basados en la atención a la población; en el Perú este instrumento fue validado en una investigación anterior, sin embargo la autora sugiere seguir realizando más investigaciones que permitan cubrir otras competencias y aplicarlo en otros contextos del país, es por ello que en el presente estudio se establece la validez y confiabilidad del instrumento “Competencias de Enfermería en Salud Pública”; este instrumento servirá para

medir las competencias del profesional de enfermería en el país a fin de contribuir en la mejora de la calidad del ejercicio profesional en el de la salud pública.

La presente investigación está estructurada en 5 capítulos:

Capítulo I: Planteamiento del problema, en la que se describe la situación de enfermería en salud pública en el contexto “La salud pública en la Américas” de la Organización Panamericana de la salud, Estados Unidos, Taiwán, España, Colombia, Brasil y Perú. Se formula el problema y se describe la justificación, la viabilidad y limitaciones.

Capítulo II: Marco teórico, abarca antecedentes internacionales y antecedentes nacionales; base teórica sobre las funciones esenciales de la Salud Pública (FESP); el profesional de enfermería y la salud pública; validación de Instrumentos, confiabilidad y validez; operacionalización de variables e indicadores.

Capítulo III: Metodología, abarca el tipo y nivel de investigación, diseño, población y muestra; técnicas e instrumentos de recolección de datos; validación del instrumento (fase 1 y fase 2); procesamiento y análisis de datos.

Capítulo IV: Presentación y discusión de los resultados; comprende procesamiento de datos; discusión de resultados.

Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Para el gobierno y la sociedad la salud pública es una actividad muy importante, esta tiene la característica de ser multidisciplinaria e interdisciplinaria y abarca casi todos los aspectos de la sociedad, por lo cual los países a nivel mundial se encuentran permanentemente en la búsqueda de respuestas y soluciones a fin de cubrir las necesidades de salud de los pobladores y la comunidad. Se estructuran reformas sanitarias y se plantean estrategias de intervención a fin de modificar las condiciones de vida, las acciones individuales y colectivas que afectan la salud y mejorar la falta de equidad en las prestaciones de salud, se enfrentan al desafío de fortalecer la función rectora de las autoridades sanitarias cuya parte importante de ese papel rector es velar por el cumplimiento a las funciones de la salud pública denominadas “Funciones Esenciales de la Salud Pública” (FESP). ⁽¹⁾, las que son consideradas como estrategias para que todos los profesionales de la salud pública, entre ellos las enfermeras, mejoren la práctica de la salud.

En este contexto la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha puesto en marcha una iniciativa mundial denominada “La salud pública en las Américas”, con la finalidad de definir y medir las FESP como sustento para fortalecer el liderazgo de las autoridades sanitarias en todos los niveles del estado y mejorar las acciones de la salud pública ⁽²⁾, situando a los profesionales de la salud que trabajan en el primer nivel de atención a nuevos retos, requiriendo el desarrollo de nuevas competencias para abordarlas de manera adecuada, cabe indicar que por más de cuarenta años la atención primaria de salud (APS) ha sido reconocida como la base de un sistema de salud eficaz y aceptable; en 1978 en la Declaración de Alma-Ata se reafirmó el derecho de los hombres a gozar del nivel máximo de salud que se pueda conseguir con la justicia, la solidaridad y el derecho a la salud como valores fundamentales humanos.

El modelo de atención primaria permitió a las enfermeras desarrollar las competencias para trabajar en programas y protocolos logrando así mayor protagonismo profesional en la promoción, educación en salud y atención domiciliaria a la familia, dejando de realizar exclusivamente funciones técnicas y burocráticas. ⁽³⁾

En Estados Unidos las enfermeras que trabajan en salud pública han demostrado que un mejor desempeño en esta área puede fortalecer los servicios de salud pública de una comunidad o población ^(3, 4), por lo cual han propuesto la elaboración e implementación de estándares, normas y modelos de la enfermera en salud pública, así como la elaboración, validación y aplicación de instrumentos de evaluación de las competencias

que demanda el profesional de enfermería para avalar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública. ⁽⁵⁻⁸⁾.

Enfermeros de Taiwán, siguiendo los pasos de los americanos, diseñaron e implementaron instrumentos para evaluar las competencias esperadas del profesional de enfermería que laboran en salud pública, para lograr la meta de salud para todos. ^(9, 10)

En España, como resultado de la Ley de Reforma Universitaria se ha homogenizado el plan curricular en el pregrado, se ha identificado las competencias básicas y se amplió la formación en salud pública.

La elaboración de competencias de los profesionales de salud en relación a las funciones esenciales de la salud pública (FESP) es parte de un conjunto de decisiones que pretenden dar respuesta a las necesidades de los servicios para atender a los problemas de salud, teniendo en cuenta los cambios estructurales ocurridas en el sector salud y en el mundo laboral debido sobre todo a los procesos de globalización, situación económica y a los cambios de los modelos o paradigmas en la salud pública.⁽¹³⁾

En Colombia se ha evaluado el cumplimiento de las FESP por el personal de enfermería, encontrando muchas brechas en este cumplimiento en muchos casos, debido a la falta de tiempo porque sus múltiples funciones diarias lo impiden. Así mismo en Brasil se ha realizado propuestas para la elaboración y validación de instrumentos que permiten valorar las

competencias del profesional enfermero respecto a las funciones esenciales de la salud pública.

A nivel de Latinoamérica, no se tiene aún un instrumento que permita evaluar y comparar con otros contextos el nivel de cumplimiento de las competencias del profesional de la salud en el campo de la salud pública, por lo que se asume que a pesar de reconocer la importancia del rol del enfermero, se conoce muy poco sobre su nivel de cumplimiento de competencias en los servicios de salud del primer nivel de atención, pese a que es el profesional que se encuentra en mayor porcentaje en dichos servicios.

En Perú, aproximadamente desde 1940 los profesionales de enfermería han participado en la salud pública, siendo cuantiosas veces el único profesional presente en los servicios del primer nivel de atención. Sus primeras actividades estaban relacionadas a las visitas domiciliarias, posteriormente fueron abarcando acciones de prevención, tales como los programas de: vacunación, evaluación del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, educación en salud y cuidados a personas con tuberculosis y niños con problemas respiratorios y digestivos agudos. La percepción de la imagen de la enfermera en salud pública es poco alentadora, no se ha definido claramente su rol en el primer nivel de atención, generándose dificultades para trabajar multidisciplinariamente, aspecto que también ha sido observado como un problema a ser abordado.

Es necesario e importante conocer cuáles son las competencias que actualmente desarrolla el profesional de enfermería en salud pública en el Perú, así como, qué aspectos se debe fortalecer para el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública.

Por lo expuesto, se requiere contar con un instrumento válido y confiable que permita evaluar las competencias que se necesitan para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería en Perú.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general:

¿Cuál es la validez y confiabilidad del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la validez mediante el método de criterio de jueces expertos, del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer

nivel de atención en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte?

- ¿Cuál es la confiabilidad por consistencia interna, del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte?
- ¿Cuál es la confiabilidad y estabilidad mediante un test y retest, del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte?
- ¿Cuál es la validez del constructo del instrumento de evaluación en sus cuatro competencias: competencias para la evaluación de la población, competencias para la planificación con enfoque en la población, competencias para implementar las intervenciones y competencias para la evaluación de procesos y resultados? .
- ¿Cuál es la confiabilidad de la versión final del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo general

Establecer la validez y confiabilidad del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte, Lima Perú.

1.3.2. Objetivos específicos

- Determinar la validez mediante el método de criterio de jueces expertos, del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte,
- Determinar la confiabilidad por consistencia interna, del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte.
- Determinar la confiabilidad y estabilidad mediante un test y retest, del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para

garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte.

- Determinar la validez del constructo del instrumento en sus cuatro competencias: competencias para la evaluación de la población, competencias para la planificación con enfoque en la población, competencias para la implementación de la intervención y competencias para la evaluación de procesos y resultados.
- Determinar la confiabilidad de la versión final del instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte.

1.4. Justificación y viabilidad de la investigación

El presente trabajo se realizó en el marco de un mega proyecto binacional (Perú y México) cuyo primer objetivo fue contar con un instrumento que permita evaluar el nivel de competencias del profesional de enfermería en salud pública, por lo que será necesario realizar la validación del instrumento de: autoevaluación de competencias del profesional de

enfermería en salud pública. Instrumento utilizado por las enfermeras de salud pública en USA.

Se busca establecer la validez del instrumento “Competencias del profesional de enfermería en salud pública” en el contexto peruano, dicho documento original fue elaborado y aplicado por la Asociación Americana de Enfermería en Salud Pública, USA; una vez que el instrumento sea adaptado al contexto nacional servirá para medir las competencias requeridas por el profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención y que garanticen el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (FESP), a fin de contribuir en la mejora de la calidad del ejercicio profesional en la salud pública.

El impacto de esta evaluación de competencias es trascendental porque permitirá a nivel del sistema de salud y asociaciones profesionales de enfermería, identificar de manera más detallada cuál es el campo donde este profesional puede aportar con la finalidad de promover y mejorar la salud de la población y la comunidad, facilitando el reconocimiento de sus aportes en el equipo de salud; desarrollar una fuerza de trabajo en salud pública más unificada y mejor cualificada para hacer frente a las inequidades en salud y apoyar el desarrollo de planes de salud pública; informar sobre los conocimientos, habilidades, actitudes y vías de desarrollo profesional que precisan las personas que desean contribuir a la mejora de la salud y al bienestar de la población, como es el caso de la profesión de Enfermería, así mismo aportar una base racional para el

desarrollo de currículos y planes de formación, así como para la creación de vías de carrera profesional, aspectos reconocidos por la OPS.

A nivel internacional se reconoce que las funciones esenciales de salud pública, son una oportunidad para explorar y desarrollar nuevos modelos de enfermería en salud pública abordados a través de un enfoque poblacional, por lo que los resultados servirán de insumo para mejorar el ejercicio de los profesionales, en el campo de la salud pública, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad del ejercicio de la salud pública a través del fortalecimiento de algunas áreas de desempeño críticas en los servicios del primer nivel de atención y promover el compromiso por parte de los profesionales para el fortalecimiento de las FESP.

Por lo expuesto, se requiere contar con un instrumento válido y confiable que permita evaluar el cumplimiento de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería en Perú.

1.5. Limitaciones de la investigación

El instrumento no será validado en zonas rurales, pero en futuras investigaciones es necesario validarlo.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Antecedentes internacionales

CASTAÑEDA-HIDALGO H, et al. (México 2018) ⁽¹⁴⁾, en el estudio: “Validación del instrumento: Competencias del personal de enfermería en salud pública, en el contexto mexicano”. Tuvo por objetivo contar con un instrumento válido y confiable para evaluar las competencias del personal de enfermería en salud pública, para aplicarlo en el contexto mexicano. La metodología del estudio fue de tipo descriptivo-transversal, multietápico, en la primera etapa, trabajaron con 10 expertos en investigación de la Facultad de Enfermería de Tampico, de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, México y 17 profesionales que laboran en el primer nivel de atención; en la segunda etapa participaron 30 profesionales de enfermería y en la tercera etapa 177 profesionales que trabajan en el campo de la salud pública, todos ellos de tres jurisdicciones del Sur de Tamaulipas, México, el muestreo fue por conveniencia. Los resultados fueron: En cuanto a los tres procesos que se realizaron para la validación del instrumento, se mostraron resultados adecuados y satisfactorios para su aplicación, ya que en la prueba de V-

Aiken se obtuvo un resultado cercano a 1, en el proceso semántico solo se realizó modificación a una palabra; a través de la prueba piloto se obtuvo un resultado de 0.97 en el Alfa de Cronbach. Conclusiones: El instrumento se considera válido para iniciar con la evaluación de las mencionadas competencias, para contar con un diagnóstico inicial de las áreas de oportunidad para personal de enfermería.

IBARRA-PIZA S, et al. (México 2018) ⁽¹⁵⁾: En la investigación: “Estudio de validez de contenido y confiabilidad de un instrumento para evaluar la metodología socioformativa”. El objetivo fue el diseño de instrumento “Rúbrica socioformativa para valorar las secuencias didácticas en el diseño de cursos de formación docente en el estado de Guerrero” así como la evaluación mediante el juicio de expertos de la validez de contenido y finalmente el análisis mediante confiabilidad. Metodología: El estudio se realizó en tres fases. La primera de ellas se refirió a la construcción del instrumento de evaluación, la segunda fue la determinación de la validez de contenido mediante el juicio de expertos y la tercera fue la evaluación de la confiabilidad. En su primera fase, para la construcción del instrumento, se retomó la metodología de las secuencias didácticas propuestas desde la socioformación, esta metodología se sistematizó en una rúbrica socioformativa que integró seis criterios que describen el proceso pedagógico, la segunda fase fue someter el instrumento al juicio de expertos para evaluar la validez de contenido, cada uno de los criterios y niveles de dominio fueron valorados en el juicio de expertos, considerando

cuatro categorías de análisis (suficiencia, claridad, coherencia y relevancia) empleando una escala tipo Likert (1=Muy bajo, 2=Bajo, 3=Alto y 4=Muy alto). Once fue el número de expertos que participaron, además del análisis de las conclusiones y observaciones del juicio (análisis cualitativo), se empleó el coeficiente de validez de contenido de Aiken (V de Aiken), para determinar la validez de contenido, posteriormente el instrumento fue evaluado por un grupo piloto conformado por 20 asesores técnicos, determinándose su confiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Conclusiones: la versión final del instrumento permitió en un primer momento el diseño y creación de los cursos, los cuales, a su vez, permitieron evaluar la confiabilidad del instrumento, mostrando una alta confiabilidad, permitiendo asumir la premisa de que el instrumento mide lo que refiere medir, y que esta medición es estable en el tiempo, la correlación entre los criterios y la representación del concepto abordado. De alta valía resultó esta propuesta, ya que el análisis de las sugerencias de los jueces y el empleo de coeficiente V de Aiken permitió determinar la validez de contenido del instrumento y detectar los aspectos a mejorar, viéndose reflejado en el análisis cualitativo y cuantitativo del juicio de expertos ($V > 0.90$).

CASTILLO-SIERRA D, et al. (Colombia 2017) ⁽¹⁶⁾: En el estudio: “Validez y confiabilidad del cuestionario Florida versión en español”. El objetivo fue obtener la versión del instrumento en idioma español adaptada al contexto colombiano, que conserve la estructura del instrumento original con

propiedades psicométricas adecuadas para su implementación en la atención en salud de las personas con implante de dispositivos cardiacos. Método: estudio de tipo metodológico, en el cual se llevó a cabo la validez facial, de contenido y confiabilidad de la versión en español del instrumento Florida Patient Acceptance Survey. La validez facial y de contenido se realizó mediante el juicio de expertos, utilizando las pruebas estadísticas de Coeficiente Kappa de Fleiss e índice de Lawshe modificado. Para realizar la prueba de confiabilidad se utilizó la teoría del ítem; participaron 126 personas implante de un dispositivo de estimulación cardiaca. La fiabilidad se calculó mediante la prueba estadística de alfa de Cronbach. Resultados: la validez facial evaluó tres categorías: claridad, precisión y comprensión, mostrando un acuerdo moderado entre los jueces para las categorías. La validez de contenido presentó un acuerdo substantivo entre los jueces, con un índice de Lawshe de 0,822. La confiabilidad fue determinada con un alfa de Cronbach de 0,724. Conclusiones: la versión en español del Florida Patient Acceptance Survey, es un instrumento fiable para medir la aceptación de las personas con implante de dispositivo de estimulación cardiaca.

ALONSO-ÁLVAREZ MA, et al. ⁽¹⁷⁾: En el estudio “Validación en español del instrumento Core competencias for public health professionals en Guadalajara” (Jalisco, México 2017). Objetivo: Validar en español el instrumento Core competencias for public health professionals (CCPHP), en población de Guadalajara (Jalisco, México). Metodología: estudio

transversal; se tradujo al español el instrumento CCPHP; se aplicó a una muestra propositiva de 460 estudiantes de medicina y 460 expertos en salud pública. Se determinó la validez de constructo y la consistencia interna y externa del instrumento con el 95% de confianza ($p \leq 0,05$). Resultados: las correlaciones inter ítem y alpha de Cronbach del instrumento, por dominio y total, se encontraron entre 0,80 y 0,90 en todos los casos; las correlaciones test-retest del instrumento, por dominio y total, fueron estadísticamente significativas en todos los casos ($p < 0,01$). Conclusión: el CCPHP en español demostró elevadas consistencias internas y externas mediante pruebas de test y retest, así como validez de constructo al evidenciar una elevada competencia para la práctica de la salud pública en quienes deberían tenerla. Empero, al carecer de un estándar de oro, es necesario comparar los resultados de este instrumento con otras pruebas objetivas de esta competencia, para sustentar su validez de criterio y determinar, además, su validez predictiva. Por lo que, dentro del marco de tales limitaciones metodológicas, y dado que el CCPHP se refiere a competencias básicas para la práctica de la salud pública en profesionales sin aludir a un contexto en particular pese a haber sido creado en Estados Unidos de América, se puede asumir que los resultados obtenidos en cuanto a la validez de este instrumento para la evaluación de tales competencias se pueden generalizar hacia otras poblaciones hispano hablantes de profesionales de esta disciplina en función de su consistencia externa y validez de constructo. Sin embargo, se propone que tal aseveración se corrobore posteriormente a través de estudios multicéntricos

en múltiples poblaciones de habla hispana, o bien, mediante estudios individuales en tales regiones.

RAMOS MORCILLO J, et al. (España, 2013)¹⁸: En el estudio: “Diseño y validación de un cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP)” Objetivo: elaborar y validar un instrumento que sea para medir las actitudes de los profesionales de medicina y enfermería del sistema sanitario público ante las actividades de prevención y promoción de salud en el contexto de la atención primaria”. Metodología: estudio observacional transversal para la validación de un cuestionario anónimo y auto administrado, en 282 profesionales entre enfermeras y médicos que trabajan en atención primaria pertenecientes al sistema sanitario público de Andalucía. Resultados: Se obtuvo un instrumento (CAPPAP) que agrupa en 5 dimensiones los 56 ítems recogidos a partir de la revisión de otras herramientas y de las aportaciones de los expertos. Se obtuvo un porcentaje de acuerdo entre expertos superior al 70% en todos los ítems, así como una alta concordancia entre los ítems de prevención y promoción, por lo que se eliminan los ítems duplicados quedando una herramienta final de 44 ítems. La consistencia interna del CAPPAP, medida a través de alfa de Cronbach, fue de 0,888. El test-retest nos indica concordancias sustanciales y casi perfectas. El análisis factorial exploratorio identifica 5 factores que explicaban un 48,92% de la varianza. Conclusiones: El CAPPAP es un instrumento de fácil y rápida administración, que es bien aceptado por los profesionales y que

presenta unos resultados psicométricos aceptables, tanto a nivel global como a nivel de cada dimensión.

GÓMEZ H, et al. (México 2013) ⁽¹⁹⁾: En el estudio “Confiabilidad y Validez de un Cuestionario de Exposición a la Violencia para Jóvenes”. El objetivo fue obtener la validez y confiabilidad del Cuestionario de Exposición a la Inseguridad y la Violencia para adolescentes (CEIVA). Metodología: el cuestionario que consta de 48 reactivos con tres opciones de respuesta (Nunca, 1 vez, 2 o más veces) y tres preguntas abiertas. Fue diseñado para aplicarse de manera colectiva en aproximadamente 15 minutos, se aplicó a 573 alumnos de secundaria y bachillerato entre 13 y 19 años. La conformación de los reactivos y sus análisis posteriores surgieron de un estudio cualitativo anterior (Gómez & Lucio, 2013 en prensa), donde se logró establecer una estructura teórica para el trabajo cuantitativo. Resultados: Para establecer la validez del instrumento se realizó un análisis factorial exploratorio el cual arrojó 14 factores, de los cuales solo 10 tenían más de tres reactivos, se desechó a pesar de que explicaba el 61% de la varianza. Este modelo explicó un 39% de la varianza; que nos indica que la violencia es un fenómeno multidimensional. Para obtener la confiabilidad se utilizó un alfa de Cronbach obteniéndose un valor total de 92%. El puntaje global de la prueba muestra una confiabilidad bastante alta (901). Conclusión: Este instrumento constituye uno de los primeros pasos para el acercamiento a la problemática de la violencia en la comunidad en el

adolescente, las pruebas de confiabilidad y validez fueron bastante aceptables.

CASTRO A, LEAL R. (Colombia 2007) ⁽⁷⁾, en el estudio “Funciones en salud pública de enfermería y adquisición del conocimiento, departamento de Meta – Colombia. Objetivo: determinar las funciones de salud pública que desarrollan los profesionales de enfermería en el departamento de Meta y la forma de alcanzar la destreza. Metodología: diseño de tipo descriptivo evaluativo; la muestra fue de 76 profesionales vinculados a las empresas sociales del estado, a nivel departamental y empresas promotoras de servicios de salud y los que estaban trabajando con proyectos del Plan de Atención Básica. Se aplicó una encuesta sobre las actividades de las funciones de salud pública (FSP), extraídas de las funciones esenciales en salud pública que deben cumplir los sistemas de salud y fueron adaptadas al ejercicio profesional del enfermero. Resultados: en el estudio se determinó que el 56,6% de los profesionales es joven, el 93,5% de sexo femenino, el 58% labora en el sector público y el 42% en el sector privado; respecto a las funciones de salud pública, los siguientes son los resultados: FSP2: sistema de vigilancia en salud pública para identificar beneficios, amenazas y daños a la salud pública, el 75,4% lo realiza; FSP 3: promoción de la salud: el 81,2% realiza la función, promueve ambientes y comportamientos saludables y el 35,5% reconoce haberlo aprendido en la universidad; FSP 4: participación social en salud en la definición de objetivos y metas de salud pública, el 61,9% de los profesionales participa

en la elaboración del plan de atención en salud, 47% promueve la participación y el 20% afirma haber aprendido esto en la universidad; FSP 5: investigación: solamente el 21% cumple con el proceso. Conclusión : en lo relativo a las FESPs, se concluye que el cuartil de realización óptimo (0,76 a 1,0) es alcanzado por los profesionales en las funciones de evaluación y análisis de la situación de salud, promoción de la salud, vigilancia y el control de los riesgos y las amenazas para la salud pública; el cumplimiento de la participación social en la elaboración del diagnóstico de salud del área se ubica en el cuartil de realización medio inferior (0,26 a 0,50); la participación en concursos sobre proyectos de promoción de la salud está dentro de la función de investigación y alcanzó el cuartil de realización mínimo (0,0 a 0,25), El haber logrado la competencia por acción de la institución donde labora o por autoformación fue superior que aquellos que reconocen el aporte de la institución formadora en el conocimiento y adquisición de habilidad.

Witt RR. (Brasil 2005) ⁽³⁾, realizó la investigación “Competencias de la Enfermera en la Atención Básica: Contribución a la construcción de las Funciones Esenciales de Salud Pública”, sobre el trabajo de la enfermera en la atención básica de salud. El objetivo fue identificar y analizar las competencias generales y específicas requeridas por la enfermera para su trabajo realizado en la red básica de salud y entender cómo estas competencias están contribuyendo al cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública. Se utilizó el Método Delphi, el cual fue

adaptado a fin de posibilitar que las competencias puedan ser explicadas y adoptadas por los grupos de enfermeras y de especialistas a partir de su experiencia, la técnica Delphi requiere de un conjunto de cuestionarios para la obtención de las opiniones de los encuestados y estos se aplicaron a 131 enfermeras y 144 especialistas. Los resultados muestran que se identificaron 84 competencias: 44 generales y 40 específicas en el grupo de enfermeras y en el grupo de especialistas 93 competencias: 49 generales y 44 específicas, las competencias fueron clasificadas en áreas de dominio, valores profesionales, comunicación, trabajo en equipo, gerencia, orientada a la comunidad, promoción de la salud, resolución de problemas y atención a la salud, educación en ciencias básicas de la salud pública; los resultados señalan también que todas las competencias construidas pudieron ser relacionadas a las funciones esenciales de salud pública (FESP) y a la contribución en su cumplimiento; corroborando así el papel fundamental que cumplen las enfermeras en el desarrollo de las FESP.

Se determinó que las competencias de las enfermeras contribuyen más específicamente para la FESP7 (de evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios) y a la FESP9 (de garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva), ambas funciones están relacionadas a la oferta de servicios de salud, la atención básica de salud en Brasil representa una estrategia importante y un espacio en la que se encuentran involucradas las enfermeras; las funciones para las que las competencias de las enfermeras contribuyen de forma menos significativa son la FESP6 (de fortalecimiento de la capacidad

institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública) y la FESP11 (reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud), funciones que son desarrolladas más específicamente por otras instancias del sistema de salud, debido a que estas son secundarias en la atención básica de salud. Conclusión: En el grupo de enfermeras resultaron 17 competencias generales y 8 específicas y en el grupo de especialistas resultaron 19 competencias generales y 9 específicas; estas competencias fueron clasificadas en áreas de dominio: valores profesionales, comunicación, trabajo en equipo, gerencia orientada a la comunidad, promoción de la salud, resolución de problemas, atención a la salud y educación en ciencias básicas de la salud pública, así mismo se discutió los motivos por los cuales las competencias son necesarias para el trabajo de la enfermera en la atención básica y que las competencias específicas reflejan actividades tradicionalmente desarrolladas por la enfermera, la especificidad de la atención prestada y la necesidad de su desarrollo en la profesión.

Antecedentes Nacionales

ESPINOZA E. (Perú 2016) ⁽²⁰⁾: En el estudio: “Validación cultural de un instrumento para medir el nivel de conocimiento de bioestadística”. Objetivo: Realizar la validación cultural y analizar la fiabilidad de un cuestionario para medir el nivel de conocimientos en bioestadística. Material y método: El cuestionario fue inicialmente traducido al castellano por 3 traductores, y

seguidamente retraducido al inglés. Las traducciones y retraducciones fueron analizadas midiendo la correlación y el grado de acuerdo entre ellas. Posteriormente un comité de expertos construyó un documento de consenso y luego se evaluó el grado de comprensibilidad en 30 sujetos. Finalmente, se realizó el test – retest para evaluar fiabilidad del documento validado. Resultados: La correlación entre las parejas de traducciones del inglés al castellano fue $r_s = 0,21$; $r_s = 0,25$ y $r_s = 0,90$ ($p < 0,0000$), y Kappa = $0,58$ ($p < 0.0000$). La correlación entre las parejas de retraducciones del castellano al inglés fue $r_s = 0,97$ ($p < 0,0000$), $r_s = -0,03$ ($p=0,70$) y $r_s = 0,18$ ($p=0,03$). El documento de consenso probó ser comprensible en un 82% (IC al 95% de 80,2 a 83,2%). El test-retest en dos periodos mostró un $r_p = 0,94$ ($p < 0,0000$). Conclusiones: La adaptación cultural del cuestionario de conocimientos en bioestadística dio origen a un documento final de alta confiabilidad y comprensibilidad.

DE LA CRUZ–VARGAS, et al. (Perú 2016) ⁽²¹⁾, en el estudio “De La Cruz – Vargas et al. (Perú 2016), en el estudio “Validación de un instrumento para medir el nivel de satisfacción de mujeres embarazadas durante el parto”. Objetivos: Evaluar la validez y fiabilidad de un instrumento adaptado a partir de la escala SERVPERF, para medir el nivel de satisfacción en gestantes durante el parto en una institución de salud en Lima, Perú. Metodología: Estudio transversal, descriptivo con componentes analíticos de validación del cuestionario SERVPERF adaptado para mujeres gestantes peruanas (GP) durante el parto. Se realizó una prueba piloto con posterior análisis de

propiedades psicométricas de validez y fiabilidad mediante análisis factorial exploratorio de componentes principales y cálculo de alfa de Cronbach. Resultados: Se reporta una muestra de 345 mujeres, atendidas en la Clínica Good Hope, en el período de febrero a abril del año 2016. La prueba de adecuación de Kaiser-Meyer Olkin fue de 0.919 y la prueba de esfericidad de Barlett de 4008.9 ($p < 0.000$). La varianza acumulada explicada por los 5 factores fue de 65.039%, La fiabilidad mostró un alfa de Cronbach de 0.92. Se clasificaron 5 factores con 22 ítems, redefiniéndose un factor como “calidad clínica”. Conclusión: El instrumento adaptado y validado SERVPERF-GP posee suficientes propiedades psicométricas para ser considerado una herramienta útil y fiable para medir la satisfacción de gestantes durante su experiencia de parto en instituciones privadas de salud y con potencial aplicación a gestantes en los diversos sectores de salud del Perú.

RÍOS-FLORES A. (Perú 2013) ⁽²²⁾, en el estudio “Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Chiclayo”. Objetivo: Diseñar y validar un instrumento para evaluar el nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Chiclayo. Metodología: Estudio descriptivo, transversal, tipo validación de un instrumento. El primer constructo se desarrolló en el 2010 en base al marco teórico y sometido a juicio de expertos. En el 2011 nuevamente se sometió el cuestionario a 12 expertos según la metodología Delphi, obteniéndose un constructo de 14 preguntas:

7 de diagnóstico y 7 de tratamiento; se realizó un estudio piloto para evaluar la inteligibilidad y pertinencia del instrumento. Se evaluó la confiabilidad con el coeficiente de Kuder-Richardson y el Alfa de Cronbach. La validez de constructo se realizó mediante análisis factorial. Se utilizó SPSS v. 15. Resultados: Se entrevistaron 34 médicos generales (90%) y 6 alumnos (10%) que habían terminado el curso de Salud mental: 36 (90%) fueron varones; la media de edad fue de $37,5 \pm 15$ años. Los percentiles 25, 50 y 75 de la puntuación total del instrumento fueron: 4, 6 y 9, respectivamente. El Coeficiente de Kuder-Richardson fue 0,62; el Alfa de Cronbach de cada una de las preguntas fue mayor de 0,55. Las pruebas de Kaiser Meyer Olkin y de esfericidad de Bartlett mostraron que el instrumento era unidimensional. Conclusiones: Se obtuvo un instrumento válido, confiable y unidimensional para determinar el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en médicos de atención primaria.

RODRÍGUEZ B. (Lima 2013) ⁽⁴⁾, realizó el estudio validación de instrumento: “Competencias de Enfermería en Salud Pública”. Lima Perú. El objetivo fue validar el instrumento “Competencias del profesional de Enfermería en Salud Pública, USA en contexto peruano. Metodología: estudio transversal, la población estuvo conformada por profesionales de enfermería que laboraran en el primer nivel de atención de una red de servicios del Ministerio de Salud de Lima Norte, Perú. Se utilizó una muestra por conveniencia con 108 profesionales. Se utilizaron las técnicas de juicio de expertos, análisis factorial y el alpha de Cronbach para la validez estadística. Resultados: El

100% de la población fueron profesionales de enfermería que trabajaban en el primer nivel de atención en una red de servicios básicos de salud del Ministerio de Salud en la ciudad de Lima, el 10% fue del sexo masculino; el 49% refiere ser soltero, y el 51% casado o conviviente; el 38% no tiene hijos; el 30% tiene un hijo y el 26% restante de 2 a más hijos; la edad promedio es de 35 años, con rangos de 22 a 60 años de edad; el tiempo de experiencia en el trabajo de salud pública es en promedio 7 años, donde el 64% presenta menos de 5 años de experiencia; 18% de 6 a 12 años, y el otro 18% de 13 a más años de experiencia de trabajo en los centros de salud; solo el 17% refiere haber cursado cursos de posgrado en salud pública, así mismo se presenta un instrumento con validez en su constructo de cuatro dimensiones, que evalúa 8 competencias con 48 actividades relacionadas con competencias del profesional de enfermería en salud pública, y con una buena confiabilidad con valores alpha de Cronbach de 0,959. Conclusiones: se cuenta con un instrumento que permitirá evaluar las competencias que debe tener un profesional de enfermería que desarrolla una actividad de salud pública en el primer nivel de atención, por lo que se sugiere aplicarlo en otros contextos del país, sin embargo, se necesita seguir realizando más investigaciones que permitan cubrir otras competencias para estos profesionales.

2.2 Bases teóricas

2.2.1. Funciones esenciales de la salud pública

Las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) se definen como el escenario que permite una mejor práctica de la salud pública y se sustenta en el concepto de la salud pública como acción colectiva del estado y la sociedad civil para proteger y mejorar la calidad de vida de los individuos ⁽³⁾ ; en este contexto a fin de alcanzar la meta de la salud pública que es la de mejorar la salubridad de las poblaciones, en enero de 1997, el Consejo Ejecutivo de la OMS recomendó impulsar el desarrollo conceptual de las FESP como forma de contar con una herramienta para implementar la renovación de la política de salud para todos en el año 2000; para ello se decidió realizar un estudio internacional con la técnica Delphi, dirigido a redefinir el concepto de FESP y a obtener un consenso internacional sobre las características centrales de estas funciones, el resultado fueron nueve FESP relacionadas a la prevención de las epidemias y la propagación de las enfermedades, la protección de la población contra los riesgos ambientales, la prevención de lesiones y a las que promueven el comportamiento favorable de la salud y dan respuesta a los desastres. ⁽¹⁾

En 1999, la OPS/OMS en colaboración con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) y el Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud (CLAISS), implementó la Iniciativa "Salud Pública en las Américas" con el propósito de desarrollar un concepto

común de la salud pública y de sus funciones esenciales en la Región de las Américas, la iniciativa fue aprobada, como un mandato de los países de la región, adoptado como resolución del Consejo Directivo de la OPS en el año 2000, encaminada a movilizar la inteligencia nacional para la evaluación de sus propios sistemas de salud y medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública, a fin de posibilitar un análisis del estado de la salud pública en las Américas; y utilizar la medición del desempeño de las funciones esenciales de salud pública para mejorar la práctica de la misma, desarrollar la infraestructura necesaria para tal efecto, y fortalecer el papel rector de la autoridad sanitaria a todos los niveles del estado. Este reto definió 11 funciones esenciales de salud pública, que rigen hasta la actualidad y desarrolló un instrumento para medir el desempeño de las FESP en los países de la región ⁽⁵⁾. Tabla 1

Tabla 1 Las Funciones Esenciales de la salud Pública según la OPS/OMS

<p>FESP 1: Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud</p> <p>FESP 2: Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.</p> <p>FESP 3: Promoción de la salud</p> <p>FESP 4: Participación de los ciudadanos en la salud</p> <p>FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública</p> <p>FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública</p> <p>FESP 7: Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios</p> <p>FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública</p> <p>FESP 9: Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva</p> <p>FESP 10: Investigación en salud pública</p> <p>FESP 11: Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud</p>
--

HSP, OPS, OMS: Funciones esenciales de enfermería en salud pública

2.2.2. El profesional de enfermería y la salud pública

En los países de las Américas la participación de la enfermería en la salud pública es muy amplia, participa en todas las funciones esenciales establecidas por la OPS, sin embargo, estas actividades se conocen bajo otras denominaciones y se cumplen de manera distinta de un país a otro, ya que la cultura, la historia o la política de la organización de los servicios de salud son distintos en cada país. ⁽⁴⁾

Sarah E. Abrams^(5), al explicar la naturaleza de la enfermería en salud pública refiere que en Estados Unidos, este no es un fenómeno nuevo, históricamente se remonta a 1912, año en que se crea la Asociación

Nacional de Enfermeras Visitantes, posteriormente se crea la Organización Nacional de Enfermería en Salud Pública (NOPHN), que asumió la tarea y preparó el escenario para el desarrollo de las funciones y capacidades de la enfermería en salud pública, lo que ahora se califican como las competencias. En 1929 la enfermería en salud pública se definió como un servicio a la comunidad, desarrollada por enfermeras graduadas y orientada a la familia y a la comunidad, aplicada para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. En 1949 se identificaron 12 funciones de enfermería de salud pública orientadas a la atención materna, infantil, preescolar, salud de adultos, enfermedades transmisibles, tuberculosis, entre otras. Las enfermeras de salud pública con una visión más amplia y un mayor grado de educación inician con la asesoría al público y su atención se orienta no solo al individuo, sino también, a la familia en el hogar, a la escuela, centros laborales, hospitales y clínicas. En 1951 a fin de alcanzar las metas de la salud pública se hizo hincapié en la necesidad de actuar en un “modelo”, junto con los miembros de un equipo multidisciplinario.

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Columbia, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en julio 2000 ⁽⁵⁾, analizaron las funciones de la enfermería en los servicios de salud pública, desde la perspectiva de las enfermeras salubristas del continente americano, en las reuniones se encontraban líderes de enfermería de salud pública de los ocho países participantes, cada uno presentó un estudio de caso de los

servicios esenciales y de la enfermería de salud pública; se evidenció a muchas enfermeras que están contribuyendo en definir las funciones esenciales y podrían convertirse en colaboradoras activas si percibieran más claramente como la práctica de la enfermería forma parte importante del proceso. El grupo de enfermeras que trabaja tanto en salud pública como en funciones esenciales, cree que su trabajo debería hacerse con grupos interdisciplinarios, por lo que las enfermeras necesitan cierta formación profesional específica y las herramientas que las preparen para el ejercicio profesional interdisciplinario, especialmente porque muchas de ellas no se han preparado en ese ámbito. ⁽⁵⁾

Las funciones del profesional de enfermería en salud pública en el Perú están descritas en el mapa funcional del Colegio de Enfermeros del Perú ⁽⁵⁵⁾; en ella se detallan las siguientes unidades de competencia:

- Desarrollar acciones de sensibilización a las autoridades de los gobiernos locales, líderes comunitarios y otros actores sociales en el proceso de planificación de los cuidados integrales a la familia y comunidad según nivel de corresponsabilidad.
- Elaborar el diagnóstico de la situación de salud de la familia y comunidad en acuerdo a las necesidades y problemas identificados y priorizados, con el equipo interdisciplinario, agentes comunitarios de salud y la comunidad organizada, respetando la interculturalidad de la población.

- Elaborar planes y proyectos de atención Integral a la familia, de acuerdo a la edad y sexo de sus integrantes, considerando necesidades y problemas de salud.
- Elaborar planes y proyectos de atención Integral para la comunidad, congruente a su perfil demográfico, epidemiológico, cultural y recursos coherentes con el Plan de Desarrollo Local.
- Desarrollar los planes y proyectos de atención Integral a la familia, dirigidos a la promoción y prevención de acuerdo a normatividad vigente.
- Monitorear planes y proyectos de intervención integral en familias y comunidades en base a los resultados esperados, indicadores y estándares de calidad con participación de la comunidad organizada.
- Implementar los planes y proyectos de atención Integral a la comunidad con participación de los actores sociales de acuerdo a normatividad vigente.
- Evaluar con la participación de la comunidad organizada los planes y proyectos de intervención integral en familias y comunidad en base a los resultados esperados, indicadores y estándares de calidad.
- Sistematizar las experiencias y resultados en el proceso de implementación y desarrollo de planes y proyectos de intervención integral en familias y comunidad, con participación de los actores sociales involucrados.

2.2.3. Validación de instrumentos

2.2.3.1 Validación de escalas de medición

“La validación de un instrumento es un proceso continuo y dinámico que va adquiriendo más consistencia cuanto más propiedades psicométricas se haya medido, en distintas culturas con distintas poblaciones y sujetos” ⁽²⁴⁾

El proceso complejo de evaluar las competencias que el profesional de enfermería requiere para asegurar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública, pone en juego su aprendizaje durante su formación y la experiencia en el trabajo ⁽²⁴⁾.

Gómez B, et al ⁽²³⁾ indica que para la American Psychological Association (APA) La validez es la consideración más importante en la evaluación de un test. El concepto se refiere a la adecuación, significado y utilidad de las inferencias específicas hechas con las puntuaciones de los tests. La validación de un test es el proceso de acumular evidencia para apoyar tales inferencias. Una variedad de evidencias puede obtenerse de las puntuaciones producidas por un test dado, y hay muchas formas de acumular evidencia para apoyar una inferencia específica. La validez, sin embargo, es un proceso unitario. Aunque la evidencia puede ser acumulada de muchas formas, la validez se refiere siempre al grado en que esa evidencia apoya las inferencias que se hacen a partir de las puntuaciones” ⁽²³⁾.

El cuestionario es de gran utilidad en la investigación debido a que supuestamente suprime el factor subjetivo del evaluador, sin embargo el aplicar una escala de medición, no es un proceso impensado ni está libre de dificultades en su ejecución, el desarrollo de los instrumentos de evaluación requieren la colaboración del evaluado y de que este posea una formación básica en el área y conocimientos para responder a los temas, o sea pone en juego su aprendizaje durante su formación y la experiencia obtenida en el trabajo.

El modo de realizar las preguntas y el lenguaje que se utilice pueden generar sesgos, así como los factores culturales que llevan a que una misma materia puede ser o no válida de un idioma a otro, inclusive en países diferentes que comparten el mismo idioma.

Para aplicar un cuestionario o prueba con garantía es necesario comprobar que este mida apropiadamente y de modo constante en las mismas circunstancias, que sea sensible a los cambios de la situación clínica, que en la práctica no presenta dificultades de aplicación, etc. Toda esta comprobación de sus características es lo que se llama proceso de validación. ⁽²⁴⁾

A fin de que se pruebe la calidad de una medición es imprescindible que los instrumentos sean sometidos a un proceso de validación; "...consiste en adaptar culturalmente un instrumento al medio

donde se quiere administrar y comprobar sus características psicométricas como: fiabilidad, validez, sensibilidad y factibilidad.”

(24)

Cuando se modifica la estructura o cuando se quiere cambiar el idioma se requiere adaptar culturalmente el cuestionario o el instrumento al medio donde se quiere utilizar y volver a comprobar si guarda las características psicométricas adecuadas para medir aquello para lo que fue diseñado:

Es necesario e importante disponer de instrumentos validados en el ámbito de la salud en el idioma original para poder comparar los resultados obtenidos, con otros estudios nacionales e internacionales que hayan utilizado el mismo instrumento debido a que “.....la accesibilidad de instrumentos de evaluación adaptados culturalmente y validados en distintos idiomas facilitará comparar resultados obtenidos con el mismo instrumento y desarrollar estudios internacionales en distintas culturas.” (24)

La presente investigación consiste en la validación del instrumento de evaluación de competencias de la enfermera en las funciones esenciales de la salud pública, se ha hecho un análisis sobre el proceso de validación de un instrumento en el ámbito de la salud y los pasos de este proceso.

Como lo mencionan Carvajal A. et al; según Mannesriwongul “el proceso de traducción de un cuestionario es clave para asegurar la validez de un instrumento en distintas culturas, no puede ceñirse a una simple traducción del cuestionario, sino que debe seguir una metodología que asegure su equivalencia”. El proceso de traducción y adaptación cultural tiene por objetivo obtener un instrumento que sea equivalente a nivel semántico, conceptual, de contenido, técnico y de criterio a distintas culturas. “La equivalencia semántica asegura que el significado de cada ítem sea el mismo en cada cultura después de su traducción; la equivalencia conceptual nos afirma que el instrumento mide el mismo constructo teórico en cada cultura; la equivalencia de contenido certifica que el contenido de cada ítem es relevante en cada cultura; la equivalencia técnica nos dice que el método de recojo de datos es comprobable en cada cultura y la equivalencia de criterio nos cerciora que la interpretación de la medida se mantiene igual cuando se compara con las normas de cada cultura estudiada.”⁽²⁴⁾

A continuación, se exponen los principales aspectos conceptuales de las propiedades psicométricas de un instrumento de medición en salud.

2.2.3.1.1 Confiabilidad: es la propiedad que designa la constancia y precisión de los resultados que obtiene un instrumento al aplicarlo en distintas ocasiones⁽³³⁾, evalúa el grado de consistencia en que

un instrumento mide lo que debe medir, un instrumento es confiable cuando los resultados son comparables en situaciones similares.

“La exactitud con que un instrumento mide lo que se pretende medir es la que se denomina la confiabilidad de la medida. En este sentido, el término confiabilidad es equivalente a los de estabilidad y predictibilidad⁽²⁷⁾

Respecto a la interpretación del coeficiente de confiabilidad, dado que los atributos de confiabilidad tienen que ver con el grado de consistencia entre los resultados que son obtenidos en dos tiempos independientes de prueba, están expresados a menudo en términos de coeficientes de correlación. La confiabilidad de los rangos de coeficiente va de 0 a 1, el coeficiente de confiabilidad expresa la relación entre la varianza de error, la varianza verdadera y el resultado observado, una correlación 0 indica que no hay relación, cuando la varianza de error de un instrumento de medición es alta, el coeficiente de confiabilidad va a ser cercano a 1, esto indica que el instrumento es más confiable. Por ejemplo; un coeficiente de 0.79 quiere decir que la varianza de error es pequeña y que la herramienta tiene poca medida de error, por otro lado, si el coeficiente de confiabilidad es 0.49 el error de la varianza es alto y la herramienta tiene un problema de medida. Para que una herramienta sea considerada confiable un nivel de 0.70, es cuando el instrumento esta recién desarrollado o en caso contrario 0.80 son aceptados como un nivel de confiabilidad aceptable. La

interpretación del coeficiente de confiabilidad o coeficiente Alfa depende de los propósitos planteados en la medida. ⁽³⁷⁾

El coeficiente de confiabilidad obtenido varía entre 0,00 y 1,00 donde el límite inferior indica ausencia de confiabilidad y el límite superior indica confiabilidad total, es decir, que el valor verdadero es igual al valor observado.

Hay pruebas que pueden ser usadas para calcular el coeficiente de confiabilidad; “las pruebas usadas dependen de la naturaleza de la herramienta y son conocidas como Test Re-test, formas paralelas o alternativas, Ítem total de correlación, Alfa de Cronbach`s, Kurder Richardson (KR-20), Mitades divididas, Confiabilidad inter observadores” ⁽⁴²⁾.

Los procedimientos para determinar la confiabilidad son:

- **Medida de estabilidad (confiabilidad por Test-Retest)**; consiste en la aplicación del mismo instrumento a una misma muestra de sujetos en dos o más ocasiones, bajo condiciones similares, los resultados de las pruebas repetidas son entonces comparados; esta comparación es expresada por el coeficiente de correlación de Pearson R. ⁽²⁵⁾.

El intervalo entre las administraciones repetidas varía de acuerdo a la variable que se está investigando, no existe un criterio único respecto a cuál debe ser el tiempo adecuado entre la primera y segunda aplicación ⁽²⁹⁾.

La confiabilidad test-retest muestra hasta donde los puntajes obtenidos en un instrumento pueden ser generalizados a través del tiempo. En la medida que la confiabilidad es mayor, menos susceptibles son los puntajes de ser modificados por las condiciones aleatorias asociadas con la situación de medición o con los cambios de los propios sujetos ⁽⁴³⁾. Carlos Ruiz denomina a este procedimiento re aplicación de pruebas e indica que “la confiabilidad de re aplicación de pruebas muestra hasta donde los puntos obtenidos en un mismo instrumento pueden ser generalizados a través del tiempo. “En la medida que la confiabilidad es mayor, menos susceptibles son los puntajes de ser modificados por las condiciones aleatorias asociadas a la situación de medición o con los cambios de los propios sujetos; el coeficiente de confiabilidad obtenido es una medida de la estabilidad de la prueba” ⁽⁴³⁾.

Fórmula para obtener el coeficiente de correlación por el método de los puntajes directos

$$r = \frac{N\sum XY - \sum X\sum Y}{\sqrt{[N\sum X^2 - (\sum X)^2][N\sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

En donde:

r , es el coeficiente de correlación entre las dos administraciones de la prueba.

N = número de sujetos

$\sum XY$ = resultado de sumar el producto de cada valor de X por su correspondiente valor en Y.

$\sum X$ = suma total de los valores de X (primera aplicación).

$\sum Y$ = suma total de los valores de Y (segunda aplicación).

$\sum X^2$ = resultado de sumar los valores de X elevados al cuadrado.

$\sum Y^2$ = resultado de sumar los valores de Y elevados al cuadrado.

- **Confiabilidad de consistencia interna;** Este tipo de confiabilidad permite determinar el grado en que los ítems de una prueba están correlacionados entre sí, si los diferentes reactivos de un instrumento tienen una correlación positiva y, como mínimo moderada, dicho instrumento será homogéneo, en consecuencia, se puede definir la homogeneidad como la consistencia en la ejecución de todos los reactivos de la prueba, de allí que en una prueba con un alto grado de consistencia interna, el saber cómo se desempeña una persona en un ítem, nos permite predecir cómo lo hará en los demás” ⁽²⁷⁾. Existen diferentes procedimientos para estimar la confiabilidad de consistencia interna, los más conocidos son: Kuder-Richardson, Alfa de Cronbach, Dos mitades corregidas por la fórmula de Spearman-Brown y método de hoy ⁽²⁷⁾.

El Coeficiente Alfa de Cronbach es el más común de los métodos usados para medir la consistencia interna, propuesto desde 1951

por Cronbach; este coeficiente estima el valor de $P^2_{x,T}$ al evaluar la consistencia interna del conjunto de ítems o partes del compuesto; por tanto estima la varianza que en los puntajes observados corresponde a factores comunes de los diferentes ítems ⁽²⁸⁾.

La fórmula para su cálculo es

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum_{i=1}^n S_i^2}{S_x^2} \right)$$

Donde “n” es el número de ítems, S_{2i} es la varianza del ítem i, y S_{2x} es la varianza total ⁽²⁸⁾.

La estimación del Alpha de Cronbach se ve afectada tanto por las intercorrelaciones de los elementos como por la cantidad de elementos, de tal manera que un mismo grado de intercorrelación se ve potenciado por diferencias en la cantidad de elementos, pues a mayor cantidad de elementos mayor representación del atributo medido en el instrumento usado, aunque existe un punto de inflexión en el que esta cantidad de elementos deja de tener efectos significativos.

Los parámetros de interpretación son los mismos, valores próximos a 1,00 indican mayor confiabilidad.

2.2.3.1.2 Validez: La validez se refiere a la capacidad de un cuestionario para medir aquello para lo que ha sido diseñado; tienen diferentes aspectos o componentes, que deben ser evaluados en la medida de lo posible: validez de contenido, de constructo y de criterio”.⁽³⁰⁾. Con la suma de los resultados se obtiene la validez total ⁽²⁴⁾.

La validez estudia en qué grado un instrumento mide lo que debería medir, o sea mide aquello para lo que ha sido diseñado ⁽⁵⁰⁾. Es muy importante tanto en el diseño de un instrumento como la comprobación de la utilidad de la medida efectuada ⁽²⁴⁾.

Es definido también como la capacidad que tiene el instrumento para medir el constructo que pretende medir y para lo cual fue diseñado. ⁽³⁰⁾ Se reconocen componentes de la validez de un instrumento: validez de apariencia, de contenido, de criterio, convergente - divergente y de constructo, la validez podrá evaluarse para todas o algunas de estas dimensiones dependiendo del tipo de escala objeto de la validación ⁽³⁰⁾.

La validez de contenido; para Argimon “la Validez de contenido se basa en el análisis del concepto que se pretende medir y, en especial en la definición de las áreas o dimensiones que abarca y sus límites con otros conceptos relacionados. Se puede considerar que un cuestionario es válido por su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto en estudio, lo que suele evaluarse a través de la opinión de expertos” ⁽³¹⁾, esto consiste en

la emisión de un juicio por parte de alguien que tiene profundos conocimientos del atributo que se pretende medir. Es un proceso en el que se determina la estructura de la escala garantizando que esta, por medio de sus ítems, abarque todos los dominios de la entidad que se quiere medir, es decir, confirmar que el fenómeno estudiado esté representado adecuadamente y totalmente por sus ítems y dominios sin dejar ningún aspecto fuera de la medición, lo que significa que abarca el espectro real de la entidad, de tal modo que las inferencias surgidas a partir del puntaje de la escala sean válidas dentro de un amplio rango de circunstancias ⁽³¹⁾.

Lujan y Córdova señalan que “esta propiedad busca evaluar los diferentes ítems incluidos en el instrumento, los que representan adecuadamente los dominios del constructo que se pretende medir así mismo indican el procedimiento para evaluar la validez de contenido supone aplicar métodos estadísticos como el análisis factorial exploratorio usado para obtener evidencias de las dimensiones subyacentes (componentes) que están presentes en el instrumento y que deberían corresponder, en teoría, al constructo que se quiere medir. Con esto se busca explicar las correlaciones existentes entre los ítems del instrumento a partir de un conjunto más pequeño de componentes llamados dominios o “factores”; en este análisis es determinante evaluar el ajuste del modelo factorial y la adecuación de la muestra y los ítems evaluados, para lo cual se utilizan el test de esfericidad de Barlet y

el de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), este último se toma como satisfactorio para valores mayores a 0,7; adicional a las rotaciones, principalmente la ortogonal varimax. A nivel global, las cargas o saturaciones factoriales de los ítems (correlación entre cada ítem y cada factor) se consideran óptimas si son iguales o mayores a 0,3”⁽³⁰⁾

En el texto de Carvajal A et. al; se considera que la validez de contenido evalúa de manera cualitativa si el instrumento abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir, ya que se considera que un instrumento es válido en su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto que mide, por lo que se requiere tener una idea clara de los aspectos conceptuales que se van a medir⁽²⁴⁾.

Escurra, estudió tres formas de cuantificar la validez de contenido por criterio de jueces: el Índice de Acuerdo, la Prueba Binomial y el Coeficiente V de Aiken, los resultados le permitieron concluir que el Coeficiente V de Aiken es el más adecuado para determinar ese tipo de validez, porque permite obtener valores factibles de ser contrastados estadísticamente, según el tamaño de la muestra de jueces seleccionados⁽³⁴⁾. “El Coeficiente de validez V Aiken, es un coeficiente que se calcula como la razón de un dato obtenido sobre la suma máxima de la diferencia de los valores posibles”⁽³⁴⁾. El coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1, a medida que sea más elevado el valor calculado, el ítem tendrá una mayor validez

de contenido. El resultado puede evaluarse estadísticamente, haciendo uso de la tabla de probabilidades asociadas de cola derecha. Es precisamente esta posibilidad de evaluar su significación estadística lo que hace a este coeficiente uno de los más apropiados para estudiar este tipo de validez” (35).

La fórmula para realizar el cálculo es la siguiente:(35).

$$V = \frac{S}{(n(c-1))}$$

siendo:

S = la sumatoria de s_i

s_i = Valor asignado por el juez i ,

n = Número de jueces

c = Número de valores de la escala de valoración (2. en este caso)

La validez de criterio, consiste en establecer el grado en que los puntajes obtenidos a partir de una escala son válidos (30), es el grado de correlación entre un instrumento y otra medida de la variable de estudio que sirva de criterio y de referencia. Cuando no existen medidas previas que puedan considerarse como medida estándar, la validez de criterio se mide buscando otro instrumento que sirva de medida comparable. (24).

La validez de constructo, es el grado en el que un instrumento mide la dimensión evaluativa bipolar para la que fue diseñada, en este sentido se relaciona con la coincidencia de medida con otros instrumentos que miden la misma dimensión, determina la relación

del instrumento con la teoría y la conceptualización teórica” ⁽³⁰⁾. Para Lujan esta validez “garantiza que los puntajes que resultan de las respuestas del instrumento puedan ser consideradas y utilizadas como una medición válida del fenómeno estudiado, así, esta propiedad evalúa el grado en que el instrumento refleja adecuadamente la teoría subyacente del fenómeno o constructo que se quiere medir y en consecuencia, la medida coincide con la de otros instrumentos que evalúan la misma condición ⁽³⁰⁾.

Estadísticamente, la evaluación de esta propiedad se hace mediante análisis factorial, precisando que inicialmente se usa el análisis factorial exploratorio para revelar la estructura interna de ítems y factores (dominios) de la escala y posteriormente, el análisis factorial confirmatorio para dar validez a tal estructura factorial soportada en un marco teórico de referencia. Aunque también es posible utilizar pruebas de hipótesis para comparar grupos teóricamente diferentes y con ello, evidenciar que la escalas los discrimina adecuadamente y en consecuencia, el constructo es válido ⁽³⁰⁾.

En términos generales, el análisis factorial exploratorio (AFE) es el nombre genérico con que se designa a un conjunto de métodos estadísticos multivariados de interdependencia cuyo propósito principal es el de identificar una estructura de factores subyacentes a un conjunto amplio de datos ⁽³²⁾.

Se distinguen dos tipos de análisis factorial: el exploratorio y el confirmatorio.

- **Análisis factorial exploratorio:** Técnica que permite identificar los factores de una variable, cuando no se han realizado estudios previos que permitan identificarlos ⁽³²⁾.
- **Análisis factorial confirmatorio:** Técnica que permite ratificar si los factores de una variable identificados previamente son válidos según la investigación actual, ratificando con ello el constructo teórico del instrumento analizado ⁽³²⁾.

Pérez cita a Comrey y expresa que “luego de administrar el test a la muestra de investigación, y antes de emprender el análisis factorial debe determinarse si los ítems están suficientemente interrelacionados para que este método pueda aplicarse provechosamente” ⁽³²⁾.

Existen algunas pruebas estadísticas que pueden emplearse con esa finalidad, y las más utilizadas son el test de esfericidad de Bartlett que indica que existe correlación entre las variables con lo que el análisis factorial tendría sentido; se considera adecuado con un nivel de significación menor de 0,05. y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Mayer-Olkin (KMO), El índice de Kaiser Meyer Olkin indica

el grado de intercorrelación de las variables; si es mayor de 0,7 se considera factible”⁽³²⁾.

2.2.4. El marco filosófico en que se sustenta esta investigación es el pensamiento filosófico sobre el cuidado, el hombre, la salud y la salud pública, según los autores que a continuación se presenta:

García M, et al (51) señalan que “El personal profesional de Enfermería debe tener claridad sobre su objeto de estudio y trabajo, es decir, de la importancia que tiene que sus objetivos, metas e intervenciones se enfoquen a fomentar y preservar la salud de la persona, de la familia y de la sociedad”. Esto implica, entre otras concepciones, ubicar a la salud y a su naturaleza, como el paradigma eje que guíe su ejercicio profesional. Esto nos lleva a conocer los límites y alcances del cuidado que otorga el personal de enfermería en un sistema de salud caracterizado, todavía, por una atención mayormente biologicista, histórica, individual, hospitalaria, curativa y por una fragmentación en la atención del equipo interdisciplinario de salud, cuya profesión hegemónica sigue siendo la medicina. La salud es un término que puede adoptar significados diversos dependiendo del uso y contexto en que se utiliza. Desde el punto de vista filosófico, la salud se define como un hábito psico-orgánico al servicio de la vida y de la libertad de la persona, que consiste tanto en la posesión de una normalidad como en la capacidad física para realizar los proyectos vitales de la persona. Por su parte, la vida no es exclusivamente biológica, es una realidad compleja donde se conjugan

los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y espirituales. Por tanto, seguir viviendo, en el caso del hombre, no solo es mantener la vida biológica y reproducirse, sino también es importante poder actuar con su voluntad, llevando a cabo sus actividades en la vida diaria. Este paradigma tiene consecuencias sobre la práctica de enfermería, al determinar que el fin que debe perseguirse es cuidar la salud del paciente para asegurar el bienestar, considerando a la salud como un bienestar integral y concediendo no solo importancia a los determinantes biológicas y genéticos del ser humano, sino también a las interacciones del medio ambiente que propician los comportamientos de adaptación manifestados a través del paradigma vida-salud, la atención a la salud en nuestra época requiere de un ejercicio interprofesional, donde cada profesionalista posea conocimiento científico y actitudes de compromiso profesional, ético y social para enfrentar y resolver en forma integral los problemas que impiden la detección oportuna de riesgos, el autocuidado a la salud, la prevención de enfermedades, así como el diagnóstico y reducción de enfermedades y sus consecuencias individuales y sociales. En este sentido, cuidar de la salud se convierte en un vínculo de relaciones en el que los profesionales de enfermería ofertan sus servicios a la demanda de cuidados que ofrecen los diversos sistemas de salud. Bajo esa óptica, el hacer de enfermería se ve implicada en una dinámica de un sistema de atención institucionalizado, en donde, las instituciones de salud no han afrontado el cambio de escenario para una práctica interprofesional que favorezca el crecimiento de la enfermería.

Paralelamente, las instituciones educativas no han logrado ponderar en qué medida deben prepararse sus egresados para contender con un mercado de trabajo que solo exige rendimiento laboral más que productividad profesional. También es preocupante la subutilización que se hace de la competencia de enfermería para trabajar un modelo de atención a la salud en el que predomine la labor educativa para lograr un cambio en la población, que permita la adquisición de una nueva cultura en salud, en la que destaque la importancia del cuidado del individuo y de su medio ambiente como medidas preventivas de riesgos y de enfermedades. Así mismo concluyen que “En nuestros días, el cuidado de enfermería se concibe como un acto eminentemente humano, caracterizado por el respeto, la confianza y la intimidad, que se da a partir de un juicio de valor para identificar las necesidades y decidir un plan de acción ejecutado, conjuntamente con el paciente y la familia, en el que están en juego el conocimiento, la técnica y la actitud”

En su sentido más filosófico, el concepto de salud pública se refiere al proceso de movilización de recursos para garantizar las condiciones apropiadas para un estado de salud sostenible de la población. Recientemente se ha propuesto como definición de la salud pública, lo siguiente: “Es una experiencia colectiva que las personas van vivenciando a través del tiempo y en sus ciclos vitales, como un proceso estrechamente ligado al desarrollo humano, a la calidad de vida y a cómo aprovecharla mejor cuando se logran satisfacer sus necesidades”.

Héctor Abad Gómez ⁽⁵²⁾, en el texto titulado Fundamentos éticos de la Salud Pública, presenta una visión de la vida y del trabajo en salud pública que a la actualidad está vigente y debe ofrecer momentos de reflexión al personal que labora en el campo de la salud pública. El libro describe la filosofía de la salud pública que es en esencia una ética social y es fundamentalmente la manera como debería concebirse el ejercicio de la atención de salud. Respecto al Hombre, señala que: “El hombre es un ser físico, bioquímico, biológico, social y espiritual, caracterizado por su capacidad de crear conceptos abstractos, extraídos de sus experiencias de interrelación con los medios en que se forma nace, crece, se desarrolla y muere. Tiene una gran capacidad de modificar generalmente a su favor los medios físicos, los bioquímicos, biológicos, sociales y espirituales. Sin embargo, a lo largo de su historia en el planeta, ha modificado también estos medios en forma desfavorable para su propia vida”. En cuanto al significado de la vida humana indica “...que consideramos a todo ser humano vivo, como el máximo valor sobre la faz de la Tierra. La conservación de su vida, pero no de una vida cualquiera, sino de la mejor vida posible para él, es la empresa más importante a que una sociedad debe dedicarse. Esto significa que toda sociedad debe asegurarle a todos sus individuos salud, alimentación, dignidad, decoro, en una palabra, bienestar físico, mental y social”. En una sociedad capitalista, por ejemplo, la salud es una mercancía que se compra con dinero y quienes no lo tienen, se tienen que contentar con atención de segundo orden o con ninguna atención a su salud. En una sociedad de tipo socialista la salud,

como todos los demás bienes, se reparte más igualitariamente. Al referirse a la salud pública considera que “la salud pública es, en esencia, una nueva ética social, la manera como concebimos la función de la medicina en la sociedad, que debe ser para el servicio de todos los seres humanos de una comunidad y de todas las comunidades humanas, y no solamente para los que pueden tener acceso a ella, por sus conocimientos, su posición económica, geográfica, política, social, religiosa, racial o ideológica”. Señala también que, “es la ética de los que actuamos para que dicha teoría se traduzca en acción por medio de la aplicación científica y técnica de la disciplina “salud pública”, siendo este un imperativo moral innegable para todos los trabajadores de la salud, en el que está incluido el profesional de enfermería; una de las causas de que la teoría no se convierte en práctica y que impide que todos los habitantes del mundo reciban los mismos servicios de salud, no es la falta de conocimientos científicos o conocimientos técnicos, sino son los factores de dependencia económica, de ignorancia y las grandes diferencias en la productividad de los distintos grupos humanos lo que condiciona, primordialmente, las diferencias en los servicios de salud que recibe. La salud es un derecho humano básico, reconocido por todos los gobiernos en los últimos 30 años, sin embargo es un derecho que se aplica muy deficientemente, en la práctica. Para la gran mayoría de los seres humanos que actualmente habitan la tierra; porque el mundo no tiene un objetivo común, porque predomina el egocentrismo, el grupocentrismo y el nacionalcentrismo. Porque no se ha logrado una filosofía común, una ética

humana común, que ponga el bienestar del hombre, por encima de toda otra consideración. Una concepción que pudiera encaminarse a lograr una base filosófica y ética, principios comunes, que pudieran servir como comienzo a un posible acuerdo de todos los seres humanos ¿Se está avanzando hacia esa ética común? Pareciera que sí. Las comunicaciones, la ciencia, la técnica, la educación nos hacen cada vez más cercanos, más próximos con todos los habitantes del mundo. Pero las nacionalidades, las religiones, las razas, las ideologías dividen. La ciencia y la técnica unen. Respecto a las investigaciones en salud, señala “Los científicos y los técnicos, como seres humanos que somos, no podemos ser neutrales. Cada uno de nosotros debe poder decidir, libremente, en favor de quienes realizamos nuestros estudios y trabajos científicos o aplicamos nuestros conocimientos técnicos. Debemos investigar si en realidad hemos adoptado una ética social clara y cuáles son las circunstancias y factores, condicionantes o determinantes que hacen que nuestros deseos personales no puedan ser aplicados en la práctica. Debemos investigar porque hay cosas que suceden, de manera distinta, a lo que pareciera ser la voluntad humana general. Una reflexión final es que “No debemos seguir creyendo que nuestra misión es salvar vidas, sino que debemos integrarnos dentro de una concepción más amplia de nuestro mundo y mirar el problema desde un punto de vista más general y social” y que como células que somos de este gran cuerpo universal humano, somos conscientes de que cada uno de nosotros puede hacer algo para mejorar el mundo en que vivimos y en el que vivirán los que nos sigan. Debemos

trabajar para el presente y para el futuro, y esto nos traerá mayor gozo que el simple disfrute de los bienes materiales. Saber que estamos contribuyendo a hacer un mundo mejor, debe ser la máxima de las aspiraciones humanas.

2.3 Formulación de la hipótesis

Por ser una investigación de validación de instrumento, no requiere hipótesis.

2.4 Operacionalización de variables e indicadores

Variables	Definición operacional	Dimensión*	Tipo	Escala de medición	Indicador
V1 Validez y Confiabilidad del instrumento para medir las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería	Validez: grado en que el instrumento realmente mide la variable que se busca medir. Confiabilidad: grado en que la aplicación del instrumento en forma repetida da los mismos resultados.	- Validez del instrumento	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	1.1 Validez de contenido
					1.2 Validez de constructo
					1.3 Validez de criterio
					1.4 Confiabilidad
V2 Competencias profesionales de la enfermera en salud pública	Capacidades que posee el profesional de enfermería para garantizar el cumplimiento de las funciones de la salud pública.	- Competencia para evaluación de la población	<i>Cualitativa</i>	<i>Nominal</i>	2.1 35 Competencias para evaluación de la población
		- Competencia para la planificación con enfoque en la población.			2.2 41 Competencias para planificación
		- Competencias para implementar las intervenciones			2.3 23 Competencias para implementación
		- Competencias para la evaluación de procesos y resultados			2.4 13 Competencia para evaluación de procesos

2.5 Definición de términos básicos

Competencias: Proceso complejo de desempeño con idoneidad en determinados contextos, integrando diferentes saberes (saber ser, saber hacer, saber conocer y saber convivir), para realizar actividades y resolver problemas con sentido de reto, motivación, flexibilidad, creatividad, comprensión y emprendimiento, dentro de una perspectiva de procesamiento meta cognitivo, mejoramiento continuo y compromiso ético, con la meta de contribuir al desarrollo personal, la construcción y afianzamiento del tejido social, la búsqueda continua del desarrollo económico-empresarial sostenible, y el cuidado y protección del ambiente y de las especies vivas (Tobón, 2008).

Primer Nivel de Atención: Denominado también Atención Primaria de Salud, representa el primer contacto de atención del personal de salud con el paciente, la población y la comunidad, es el nivel de mayor importancia para el sistema de salud porque se atiende el 70 a 80% de la demanda de la población. Se desarrollan principalmente actividades de promoción y protección específica, educación, detección temprana de enfermedades y tratamiento oportuno de los eventos de salud más frecuentes que requieren una atención de baja complejidad.

Validez de un instrumento de medición: Es el grado en que un instrumento de investigación mide la variable que pretende medir.

Confiabilidad de un instrumento de medición: es el grado de precisión o exactitud de la medida, en el sentido que si se aplica repetidamente el instrumento al mismo sujeto u objeto se obtiene los mismos resultados.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1 Tipo y nivel de investigación.

Investigación de tipo descriptivo explicativo de enfoque cuantitativo, en el estudio no se manipula ni influye sobre las variables, se observa y analiza el fenómeno tal y como se da en su contexto natural. Por el tiempo en el que se hace el estudio es transversal, ya que la recolección de los datos se realizará en un tiempo único. Su propósito es describir las variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

3.2 Diseño de la investigación.

Para la presente investigación se planteó un diseño de investigación no experimental; ya que se está más cerca de las variables hipotéticamente como “reales” y, en consecuencia, se tiene la posibilidad de generalizar los resultados a otros individuos y situaciones comunes (validez externa).

3.3. Población y muestra de la investigación

En la primera fase del estudio, la muestra estuvo conformada por 30 profesionales de enfermería especialistas en Salud Pública; en la segunda fase de la investigación la muestra para realizar el test y retest estuvo conformada por 100 enfermeras que laboran en el primer nivel de atención del Cono Norte y que se encontraban realizando estudios de la segunda especialidad de Enfermería en salud Pública, para medir la confiabilidad de la última versión del instrumento, la muestra estuvo conformada por 301 enfermeros que laboran en el primer nivel de atención, en los centros y puestos de salud que pertenecen a la Red de Salud Lima- Ciudad y Lima Norte.

El tipo de muestreo que se utilizó es el no probabilístico o también conocido como muestreo por conveniencia, ya que su único requisito es cumplir con la cuota del número requerido de sujetos o unidades de observación, se desconoce la probabilidad de selección (Salinas, 2004).

Criterios de Inclusión

- Enfermeras que laboran en los centros y puestos de salud que pertenecen a la Red de Salud Lima- Ciudad y Lima Norte.
- Enfermeras que tengan trabajando como mínimo 6 meses en el campo de la Salud Pública, en el primer nivel de atención.
- Enfermeras que acepten participar voluntariamente.

Criterios de Exclusión

- Enfermeras que no laboran en los centros y puestos de salud que pertenecen a la Red de Salud Lima- Ciudad y Lima Norte.
- Enfermeras que tengan trabajando menos de 6 meses en el en el campo de la Salud Pública, en el primer nivel de atención.
- Enfermeros que no acepten participar voluntariamente.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.4.1. Descripción del instrumento

El instrumento sometido al proceso de validación en este estudio se denomina “Competencias de Enfermería en Salud Pública (PHNCI)” (Anexo N°1), fue elaborado por la Asociación de Enfermería en Salud Pública y Enfermeras de la Universidad de Minesota USA, para medir conocimientos y habilidades de las enfermeras en salud pública basados en la atención a la población; este instrumento fue validado y aplicado en otros contextos internacionales; en el Perú fue validado en una investigación anterior, sin embargo, la autora considera que debe ser sometido a otra validación, ya que los resultados a pesar de tener validez estadística y confiabilidad, el constructo de las dimensiones solo reflejaba la cuarta parte de los que era el instrumento original, concluyendo en que “se cuenta con un instrumento que permitirá evaluar las competencias que debe tener un profesional de enfermería que desarrolla una actividad de salud pública en el primer nivel de atención, por lo que se sugiere aplicarlo en otros contextos del país, sin embargo, se necesita seguir realizando

más investigaciones que permitan cubrir otras competencias para estos profesionales ⁽⁴⁾.

El Instrumento consta de 4 competencias: competencias para la evaluación de la población, competencias para la planificación con enfoque en la población, competencias para la implementación de la intervención y competencias para la evaluación de procesos y resultados, cada competencia a su vez se divide en subcompetencias y en cada una de ellas describe las actividades que deben ser respondidas por los participantes, colocando el número que corresponde a las alternativas de respuesta:

1. Tendrían que aprender para realizar esta actividad.
2. Podría hacer esta actividad con asistencia o apoyo.
3. Hago esta actividad.
4. Enseño o podría enseñar a otros a realizar esta actividad.

Cabe señalar que el instrumento mide las capacidades para realizar la actividad, pero no mide el nivel de conocimiento del participante.

Estructura del instrumento de competencias de Enfermería en Salud Pública

Competencias	Sub competencias	N° Actividades
Competencias para la evaluación de la población	Identifica la población	1
	Identifica actores sociales	2
	Participa e incentiva el compromiso en los actores sociales	5
	Describe a las personas / familias y comunidades que conforman la población	2
	Describe los sistemas social, económico, educativo, político	11
	Determina la necesidad de recoger datos adicionales en el proceso de evaluación	5
	Analiza la información que determina Población (s) en situación de riesgo	5
	Determina problemas de salud pública en la población	5
Competencias para la planificación con enfoque a la población	Jerarquizo los problemas según escala de calificación	9
	Identifica posibles intervenciones en el abordaje de cada objetivo	4
	Selecciona las intervenciones dirigidas a las personas / las familias, las comunidades	11
	Planifica la secuencia y frecuencia de las intervenciones	7
	Elabora indicadores concordantes con los resultados esperados del estado de salud	6
	Determina los métodos de evaluación para medir cada proceso	4
Competencias para implementar las intervenciones	Implementa las intervenciones seleccionadas para cada problema, según el Plan.	3
	Implementa intervenciones planeadas que se centran en la persona/ familiar, comunitaria / sistemas	17
	Modifica el Plan de Intervención según se requiera	3
Competencia para la evaluación de procesos y resultados	Recopila información de evaluación	2
	Analiza información recopilada de evaluación	7
	Comparte resultados de la evaluación	4

3.4.2 Validación de Instrumento

Debido a que este estudio tiene por objetivo validar el instrumento “Competencias de Enfermería en Salud Pública” se describe el proceso

de validación: En un estudio anterior en Perú, el investigador sometió el instrumento original a una primera validación, realizó la traducción del instrumento de inglés al español por un traductor especialista y nativo del idioma inglés, así mismo realizó una retraducción del español al inglés para verificar que no se haya realizado cambios de la pregunta en su idioma original.⁽⁴⁾

En el presente estudio la validación del instrumento se realizó en dos fases, las cuales responden paulatinamente a cada uno de los objetivos del estudio:

Primera fase:

Paso 1: Validez de contenido por juicio de expertos

1. El instrumento fue sometido a juicio de 7 expertos, luego del proceso se obtuvo una primera versión del instrumento que consta en total de 4 grandes competencias, 21 subcompetencias y 112 actividades.

El instrumento original constaba de cuatro grandes competencias, 21 subcompetencias y 125 actividades.

2. Las juezes fueron 7 profesionales de enfermería expertos en el área de salud pública.

Lugar de Trabajo	Cargo
Consejo Regional III-LM-Colegio de Enfermeros del Perú	Vocal I
Micro Red SMP (C.S: México)	Coordinadora del Centro de Salud
Red de Salud Túpac Amaru (C.S. Tahuantisuyo Bajo)	Supervisora de los Servicios de Enfermería

Red de Salud Túpac Amaru	Coordinadora Integral de Salud
Red de Salud Túpac Amaru (Micro Red Santa Luzmila)	Coordinadora Integral de Salud
Red de Salud Túpac Amaru (C.S. Víctor Raúl- Independencia)	Coordinadora Integral de Salud
Red de Salud Lima Ciudad	Coordinadora de Epidemiología de la Red
Red de Salud Lima Ciudad	Responsable de Microred Lima Ciudad

3. En primer lugar, se realizaron 2 talleres; el primer taller fue para recoger apreciaciones de enfermeras especialistas y revisar la redacción de las 125 actividades correspondientes a las 4 competencias, se revisó grupalmente el instrumento y los especialistas determinaron si las actividades debían estar presente o no, e hicieron sus observaciones. Se hizo un consolidado de las observaciones realizadas por las especialistas; en el segundo taller se revisó nuevamente cada competencia, subcompetencias y actividades, el fruto de este taller fue un instrumento que consta en total de 4 grandes competencias, 21 subcompetencias y 112 actividades.

N° Competencias	Versión Original	Taller 28 de mayo	Taller 19 de junio	Primera Versión
	N° Actividad	N° Actividad	N° Actividad	N° Actividad
1. Competencias para evaluación a la población				
1	1	1	1	1
2	2	2	2	2
3	5	5	5	5
4	2	2	2	2
5	2	2	1	1
6	14	11	10	10
7	7	5	5	5
8	5	5	5	5
9	4	4	4	4
2. Competencias para la planificación con enfoque en la población				
1	9	9	9	9

2	5	4	4	4
3	15	11	11	11
4	8	7	7	7
5	7	6	6	6
6	3	3	3	4 (se agregó 1)
3. Competencias para implementar las intervenciones				
1	3	3	3	3
2	17	17	17	17
3	3	3	3	3
4. Competencias para la evaluación de procesos y resultados				
1	2	2	2	2
2	7	7	7	7
3	4	4	4	4
TOTAL	125	111	111	112

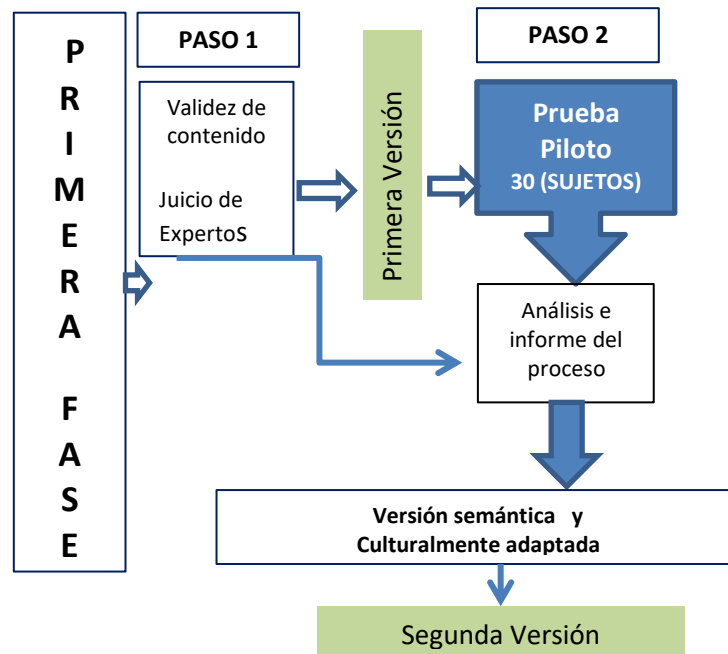
4. En segundo lugar el instrumento resultante fue sometido a la validez de contenido a través del criterio de los 7 jueces expertos, quienes realizaron críticas, recomendaciones y sugerencias del instrumento a fin de mejorar su validez y respaldar a partir de sus conocimientos de que el instrumento es adecuado para medir lo que se desea medir; la validez de cada ítem fue obtenida por medio de la aplicación del Coeficiente de validez V Aiken o Test V de Aiken; los criterios de evaluación del instrumento fueron: presentación del Instrumento, claridad en la redacción de los ítems, pertinencia de la variable con los indicadores, relevancia del contenido y factibilidad de la aplicación y la valoración de cada criterio fue: excelente, bueno, regular y deficiente.

Paso 2: Prueba piloto

La primera versión del instrumento se aplicó a 30 enfermeros especialistas en salud pública, para determinar su confiabilidad mediante

la técnica de Alfa de Cronbach ; los resultados permitieron obtener una segunda versión del instrumento, el cual no tuvo modificaciones.

Diagrama 1. Primera fase del proceso de validación del instrumento



Segunda fase:

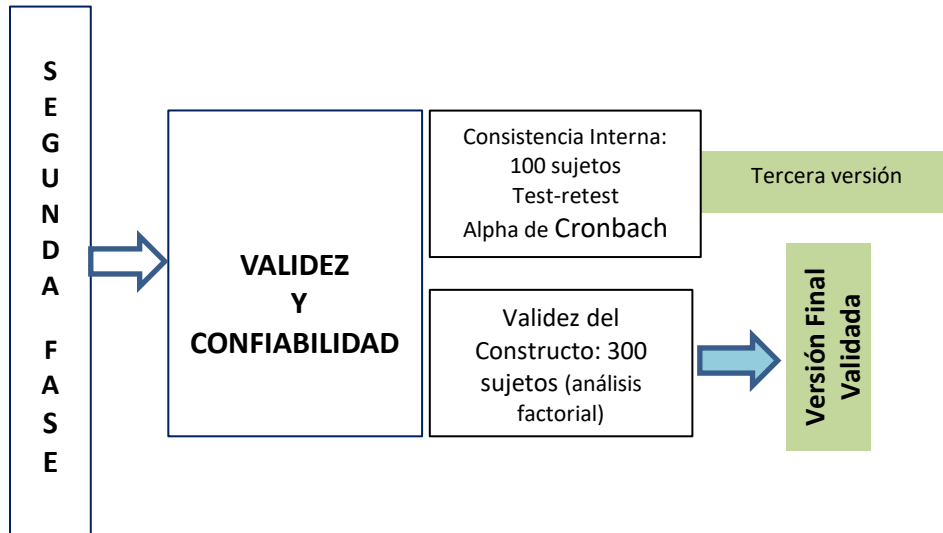
Test y retest

La confiabilidad se realizó a través del test y retest, se aplicó a una muestra de 100 enfermeras que laboran en el primer nivel de atención en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte y se encontraban estudiando la especialidad de Enfermería en Salud Familiar, el tiempo de intervalo de aplicación fue de 3 semanas.

En esta fase también se aplicó la tercera versión del instrumento a 301 enfermeros para medir su confiabilidad y validez; la validez del constructo

se determinó a través del análisis factorial y la confiabilidad a través del análisis estadístico alpha de Cronbach.

Diagrama 2. Segunda Fase del proceso de validación del instrumento



3.5. Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 23.

Para determinar la validez y confiabilidad del instrumento se realizó lo siguiente:

- Para obtener la validez de contenido, el instrumento de “Competencias de Enfermería en salud Pública”, este fue sometido a la evaluación por juicio de expertos, en la que participaron 7

enfermeras expertas en salud pública, las calificaciones de los jueces se sometieron al Coeficiente V de Aiken.

- Para la evaluación de la confiabilidad del instrumento, se realizó una prueba piloto a 30 profesionales, los resultados fueron sometidos a la técnica de Alfa de Cronbach, tanto para la evaluación del instrumento en general, como por cada una de sus dimensiones. Se probó el análisis factorial confirmatorio, sin embargo, una muestra de 30 profesionales para analizar 112 ítems, no ha permitido en esta etapa calcular el valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ni tampoco el valor de significancia relacionado a la prueba de Bartlett.
- Para analizar la confiabilidad y estabilidad del instrumento se aplicó un test y retest a los mismos profesionales (100) en dos momentos, los resultados fueron sometidos a la técnica de Alfa de Cronbach. Los puntajes totales se sometieron a la correlación de Pearson.
- La última versión del instrumento fue aplicado a 301 enfermeros, la confiabilidad se cuantificó por el método del alfa de Cronbach; para validar el constructo se realizó el análisis factorial, y para ello previamente se aplicó prueba de Bartlett y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ya que estas son necesarias para la aplicación del análisis factorial.

3.6 Aspectos éticos.

La investigación se desarrolló como parte de un proyecto binacional entre Perú y México, motivo por el cual se contó con el apoyo del Consejo Regional III del Colegio de Enfermeros, la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Wiener, para la convocatoria de las enfermeras a la Conferencia de Determinantes de la Salud; el instrumento se aplicó al finalizar el evento.

Se respetaron los tres principios universales de investigación, descritos en el informe de Belmont, a fin de orientar y garantizar el bienestar de los participantes.

Se respetó la autonomía; antes de aplicar el instrumento se informó detalladamente sobre la investigación, así mismo se aseguró la confidencialidad de la información y la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento y por cualquier razón si así lo decidieran. Se garantizó también que los datos serían usados solamente para la investigación.

En cuanto a la beneficencia; por el tipo de investigación, no existió riesgo de daño a la integridad física o moral de los participantes.

Respecto a la justicia; la convocatoria que se realizó fue para todos los enfermeros que laboraban en las Redes de Salud Lima- Ciudad y Lima Norte. Las enfermeras participantes comprendieron que los resultados de la investigación sería un aporte al ámbito de enfermería en Salud Pública.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Procesamiento de datos: Resultados

La población de estudio estuvo conformada por 301 enfermeros que laboran en el primer nivel de atención de las Redes de Salud Lima Centro y Lima Norte, el 94.7% de sexo femenino y el 5.3% de sexo masculino; la media de edad fue de 38 años con rangos de 21 a 65 años; el 51.5% de estado civil casados y el 45.5% solteros; con relación al tiempo de experiencia profesional una media de 8 años con un rango de 1 a 32 años, y la totalidad de enfermeros fueron licenciados en enfermería.

Primera Fase del proceso de validación del instrumento

Paso 1: Validez de contenido por juicio de expertos

El análisis de la validez de contenido se llevó a cabo por el método de criterio de jueces, obteniéndose el coeficiente V de Aiken para todos los ítems (actividades) del instrumento de evaluación de las competencias de enfermería en salud pública, los valores obtenidos permiten indicar que las 112 actividades permanecerán ya que los resultados fluctúan entre 0,821 y 1.

Tabla 1 Análisis de la validez de contenido de las competencias para la evaluación de la población del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública

ACTIVIDAD	EVALUADORES							SUMATORIA	CALCULO AIKEN
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7		
1	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
2	3	4	3	4	3	4	4	25	0.893
3	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
4	4	4	4	4	3	4	3	26	0.929
5	4	4	4	4	3	4	3	26	0.929
6	3	4	4	3	4	4	4	26	0.929
7	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929
8	4	4	2	4	4	4	4	26	0.929
9	4	3	4	4	3	4	4	26	0.929
10	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
11	4	4	3	4	3	4	4	26	0.929
12	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
13	3	3	2	4	3	4	4	23	0.821
14	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929
15	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
16	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
17	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
18	4	4	2	4	2	4	4	24	0.857
19	4	4	3	4	3	4	4	26	0.929
20	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929
21	3	3	4	3	3	4	4	24	0.857
22	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
23	4	4	4	2	3	4	4	25	0.893
24	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929
25	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
26	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
27	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
28	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
29	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
30	4	4	3	4	3	4	4	26	0.929
31	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
32	4	4	4	4	3	4	3	26	0.929
33	4	4	3	4	3	4	4	26	0.929
34	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
35	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000

En la tabla 1 se observan los resultados del Coeficiente V de Aiken de las competencias para la evaluación de la población, el instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública permite señalar que las 35 actividades permanecerán, ya que los valores de la V de Aiken fluctúan entre 0,821 y 1.

Tabla 2 Análisis de la validez de contenido de las competencias para la planificación con enfoque en la población, del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública

ACTIVIDAD	EVALUADORES							SUMATORIA	CALCULO AIKEN
	J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7		
1	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
2	4	3	3	4	3	4	4	25	0.893
3	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
4	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
5	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
6	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
7	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
8	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
9	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
10	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
11	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
12	4	4	4	4	2	4	4	26	0.929
13	4	3	4	4	3	4	4	26	0.929
14	3	4	4	4	3	4	4	26	0.929
15	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929
16	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
17	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
18	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
19	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
20	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
21	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
22	4	4	4	4	2	4	4	26	0.929
23	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
24	4	4	4	0	3	4	4	27	0.964

25	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
26	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
27	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
28	4	4	4	4		4	4	27	0.964
29	4	4	4	4		4	4	27	0.964
30	4	4	4	4		4	4	27	0.964
31	4	4	4	4		4	4	27	0.964
32	4	4	3	4		4	3	25	0.893
33	4	4	3	4		4	4	25	0.893
34	4	4	3	3	2	4	4	25	0.893
35	4	4	3	3	3	4	3	24	0.857
36	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929
37	4	4	4	3	3	4	4	27	0.964
38	4	4	4	4	3	4	4	26	0.929
39	4	4	4	3	3	4	2	24	0.857
40	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929
41	4	4	4	3	3	4	4	27	0.964

En la tabla 2 se observan los resultados de la V de Aiken de las Competencias de planificación con enfoque en la población, del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública, permiten señalar que las 41 actividades permanecerán, ya que los valores de la V de Aiken fluctúan entre 0,857 y 1.

Tabla 3 Análisis de la validez de contenido de las competencias para la implementación de la intervención, del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública

ACTIVIDAD	EVALUADORES							SUMATORIA	CALCULO AIKEN
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7		
1	3	3	3	4	4	4	4	26	0.929
2	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
3	4	4	3	4	4	4	4	27	0.964
4	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
5	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000

6	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
7	4	4	4	4	3	4	3	26	0.929
8	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
9	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
10	4	4	3	4	3	4	2	24	0.857
11	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
12	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
13	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
14	4	3	4	4	3	4	3	25	0.893
15	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
16	4	4	4	4	4	4	4	28	1.000
17	4	4	3	4	3	4	3	25	0.893
18	4	4	3	4	3	4	4	26	0.929
19	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
20	4	4	3	4	3	4	4	26	0.929
21	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
22	4	4	4	4	3	4	4	27	0.964
23	4	4	4	4	3	4	3	26	0.929

En la tabla 3 se observan los resultados de la V de Aiken de las Competencias para la implementación de la intervención, del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública, estos resultados permiten señalar que las 23 actividades permanecerán, ya que los valores de la V de Aiken fluctúan entre 0,857 y 1.

Tabla 4 Análisis de la validez de contenido de las competencias para la evaluación de procesos y resultados, del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública

ACTIVIDAD	EVALUADORES							SUMATORIA	CALCULO AIKEN
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7		
1	4	4	3	3	4	4	4	26	0.929
2	4	4	4	3	4	4	4	26	0.929
3	3	4	3	3	4	4	4	26	0.929
4	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929

5	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929
6	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929
7	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929
8	4	4	4	3	4	4	4	27	0.964
9	4	4	4	3	4	4	4	27	0.964
10	4	4	4	3	4	4	4	27	0.964
11	4	4	4	3	3	4	3	25	0.893
12	4	4	4	3	4	4	4	27	0.964
13	4	4	4	3	3	4	4	26	0.929

En la tabla 4 se observan los resultados de la V de Aiken de las Competencias para la evaluación de los procesos y resultados, del instrumento de evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública, estos resultados permiten señalar que las 13 actividades permanecerán ya que los valores de la V de Aiken fluctúan entre 0,893 y 0,964.

Paso 2: Confiabilidad: Prueba Piloto

Para realizar la validación y confiabilidad del instrumento “Evaluación de competencias de la enfermera en las funciones esenciales de la salud pública”, en esta primera fase se ha considerado una muestra piloto de 30 profesionales de enfermería (100%), de ellos el 96.7% (29 profesionales) fueron de género femenino y el 3.3% (1) de género masculino. Con relación a la edad, el profesional más joven tenía 25 años, mientras que el de mayor edad tenía 58 años, con una edad promedio de 35.5 años; el estado civil que más destaca es casado con un 56.7% (17 profesionales) seguido de soltero con un 40% (12 profesionales); con relación a los años de experiencia total y años de experiencia en salud los resultados fueron

aproximadamente iguales, con relación a la experiencia total esta presentó una media de 7.9 años y un recorrido de 1 año hasta 30 años, para la experiencia en salud esta presentó una media de 6.1 años con un recorrido de 1 año hasta 29 años.

Para la evaluación de la confiabilidad del instrumento se ha considerado la técnica de Alfa de Cronbach, la evaluación de los 112 ítems reportó un alfa de Cronbach de 0.991, que permite concluir que existe una confiabilidad elevada para todo el instrumento, en la tabla 5 se puede verificar también que la confiabilidad para cada una de las dimensiones muestran valores de confiabilidad entre 0.966 hasta 0.981, lo cual permite garantizar una confiabilidad del instrumento tanto en general, como por sus diferentes dimensiones.

En cuanto a la validez de constructo, se ha probado el análisis factorial confirmatorio, sin embargo, una muestra de 30 profesionales para analizar 112 ítems, no ha permitido en esta etapa calcular el valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ni tampoco el valor de significancia relacionado a la prueba de Bartlett, sin embargo, se puede destacar que con cuatro dimensiones se puede explicar el 67.3% de la varianza total explicada.

Tabla 5 Análisis de confiabilidad del instrumento para la evaluación de las competencias de enfermería en Salud Pública, con la prueba piloto (n=30)

Dimensión	Número de ítems	Alfa de Cronbach
Competencias para la evaluación de la población	35	0.966
Competencias para la planificación con enfoque a la población	41	0.981
Competencias para implementar las intervenciones	23	0.970
Competencia para la evaluación de procesos y resultados	13	0.976
Variable: competencias de la enfermera	112	0.991

En la tabla 5 se observa los resultados del análisis de confiabilidad del Instrumento para la evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública, en la prueba piloto (30 enfermeras) alcanza un coeficiente alfa de Cronbach total de 0,991 y en las 4 dimensiones el resultado está por encima de 0,966.

Tabla 6 Correlación de Pearson de los puntajes totales, instrumento para la evaluación de las competencias de Enfermería en Salud Pública, con la prueba piloto (n=30)

	d1	d2	d3	d4	va	
d1	Correlación de Pearson	1	,817**	,734**	,752**	,900**
	Sig. (bilateral)		,000	,000	,000	,000
	N	30	30	30	30	30
d2	Correlación de Pearson	,817**	1	,885**	,872**	,973**
	Sig. (bilateral)	,000		,000	,000	,000

	N	30	30	30	30	30
d3	Correlación de Pearson	,734**	,885**	1	,881**	,925**
	Sig. (bilateral)	,000	,000		,000	,000
	N	30	30	30	30	30
d4	Correlación de Pearson	,752**	,872**	,881**	1	,916**
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000		,000
	N	30	30	30	30	30
va	Correlación de Pearson	,900**	,973**	,925**	,916**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	,000	
	N	30	30	30	30	30

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Al analizar la relación entre los totales por dimensión y la variable competencias de la enfermera se encontró que los valores de correlación estaban todos por encima de 0.73, lo cual indica que entre los totales de las dimensiones y la variable analizada existe una correlación alta y directa, y a la vez significativa (los valores de Sig son menores que 0.05)

Segunda Fase: Proceso de validación del instrumento

Validez y confiabilidad

Test y retest 100 enfermeras

Tabla 7 Análisis de confiabilidad del instrumento con muestra de 100 enfermeras, mediante test y retest

Dimensión	Número de ítems	Alfa de Cronbach (test)	Alfa de Cronbach (retest)
Competencias para la evaluación de la población	35	0.960	0.984
Competencias para la planificación con enfoque a la población	41	0.982	0.986

Competencias para implementar las intervenciones	23	0.963	0.973
Competencia para la evaluación de procesos y resultados	13	0.963	0.979
Variable: Competencias de la enfermera	112	0.989	0.993

Para la evaluación de la confiabilidad del instrumento en esta etapa se considera una muestra de 100 enfermeras que fueron entrevistadas en dos momentos diferentes, esto permite analizar la estabilidad del instrumento en diferentes momentos, se ha aplicado la técnica de Alfa de Cronbach (Tabla 7) para la evaluación de los 112 ítems, se reportó un alfa de Cronbach de 0.989 en el test, y un alfa de Cronbach de 0.993 en el retest, lo que permite concluir que existe una confiabilidad elevada para todo el instrumento, en la tabla 7 se puede verificar también que la confiabilidad para cada una de las dimensiones en ambos momentos, ya que se han reportado valores de alfa de Cronbach de por lo menos 0.96, lo cual permite garantizar una confiabilidad del instrumento

Tabla 8 Prueba de muestras relacionadas para los puntajes totales de las competencias de la enfermera, mediante test y retest

		Diferencias relacionadas		t	Gl	Sig. (bilateral)
		Media	Desviación típ.			
Par 1	Test - Retest	,911	59,965	,153	100	,879

Con relación al puntaje total obtenido en la primera aplicación del test, se encontró un puntaje promedio de 291.19 y una desviación estándar de 50.05, y en la segunda aplicación del instrumento (retest) se encontró un puntaje promedio de 290.28 con una desviación estándar de 55.01, sobre la base de la prueba t para muestras relacionadas que puedan afirmar que no existe diferencia significativa entre los promedios de los dos momentos analizados ($t=0.153$ y $Sig=0.879>0.05$), esto permite concluir que la opinión proporcionada por las enfermeras al aplicar el instrumento se mantiene estable con el paso del tiempo.

Tabla 9 Correlación de Pearson de los puntajes totales de test y retest

		Test	Retest
Test	Correlación de Pearson	1	,351**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	101	101
Retest	Correlación de Pearson	,351**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	101	101

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

En la aplicación del instrumento sobre competencias de las enfermeras, se encontró que los puntajes del test y retest presentó una relación baja y directa ($Rho=0.351$), además que esta relación es significativa ($Sig=0.00<0.05$).

Confiabilidad: 301 enfermeras

A continuación, se presentan los resultados del análisis del instrumento “Evaluación de competencias de la enfermera en las funciones esenciales de la salud pública” que fue elaborado por la Asociación de Enfermería en salud Pública y Enfermeras de la Universidad de Minesota USA, en esta tercera fase se ha considerado una muestra de 301 enfermeras y la técnica utilizada para cuantificar la confiabilidad por el método del alfa de Cronbach los resultados se muestran en la tabla 7.

Tabla 10 Análisis de confiabilidad con el estudio (301 enfermeras)

Dimensión	Número de ítems	Alfa de Cronbach
Competencias para la evaluación de la población	35	0.959
Competencias para la planificación con enfoque a la población	41	0.978
Competencias para implementar las intervenciones	23	0.965
Competencia para la evaluación de procesos y resultados	13	0.963
Variable: Competencias de la enfermera	112	0.987

Al aplicar la técnica de Alfa de Cronbach para la evaluación de los 112 ítems, se reportó un alfa de Cronbach de 0.987, y al analizar la confiabilidad por dimensión se encontró que la confiabilidad más baja se observó con la

dimensión “Competencia para la evaluación de procesos y resultados” con un alfa de Cronbach de 0.963.

Validez de constructo para el instrumento con 301 enfermeras

Para el proceso de validación de constructo se consideró un proceso de análisis factorial, y para ello previamente se aplicó la prueba de Bartlett y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ya que estas son necesarias para la aplicación del análisis factorial, como resultado se encontró un valor de KMO de 0.947 (superior al valor mínimo de 0.7) y la prueba de Bartlett reportó un valor de Sig=0.00 (menor a 0.05) con ello se puede indicar que los datos recopilados con la muestra de 301 enfermeras sirven para aplicar un análisis factorial confirmatorio.

Tabla 11 Análisis factorial para la validación de constructo del cuestionario con 301 enfermeras

	Componente			
	1	2	3	4
1. Identifico a la(s) población(es) que están bajo mi área de responsabilidad profesional.		.428		
2. Identifico a las personas como potenciales representantes (líderes potenciales) de comunidades y sistemas (a nivel socioeconómico, educativo, político y legal) influyentes en la salud de la población.		.500		
3. Identifico a los líderes a cargo de las comunidades y sistemas cuya participación es esencial en el proceso enfocado en la población.		.540		
4. Genero procesos que permitan la participación activa de los actores sociales involucrados en la salud de la población		.547		
5. Trabajo con los actores sociales en el desarrollo de estrategias que logren la participación de las personas reuentes a involucrarse dentro del proceso enfocado en la población		.565		
6. Socializo, con los actores sociales, los problemas de salud identificados, la planificación e implementación de intervenciones así como la evaluación de resultados.		.622		
7. Facilito la participación de los actores sociales en la identificación de problemas de salud, la planificación e implementación de intervenciones así como la evaluación de resultados.		.641		

8. Fomento en los actores sociales el uso de recursos (propios o del Estado) para mejorar la salud de la población.	.565
9. Analizo la demografía, salud, cultura, historia, sistemas de prestación de salud, entorno físico y recursos de la población bajo mi responsabilidad	.495
10. Analizo la o las relaciones entre aspectos demográficos, salud, cultura, historia, sistemas de prestación de salud, entorno físico y recursos de la población bajo mi responsabilidad.	.535
11. Analizo la influencia de cada sistema en la salud de la(s) población(es).	.593
12. Identifico y analizo indicadores de salud tales como: mortalidad, morbilidad y factores de riesgo de la población/s a mi cargo.	.583
13. Considero las limitaciones de datos disponibles en la identificación de los indicadores de salud de la población	.612
14. Socializo y contrasto datos de diversas fuentes en el trabajo con actores sociales e instituciones de la comunidad	.576
15. Dialogo con los actores sociales de la /población acerca de las consecuencias en la salud pública de los resultados encontrados.	.618
16. Identifico datos relacionados con la perspectiva o visión de la población sobre su salud/enfermedad.	.592
17. Facilito los procesos que permitan compartir el significado de los datos.	.602
18. Identifico dudas en el procesamiento de datos y las consulto con un estadístico	.570
19. Uso técnicas estadísticas para comparar poblaciones	.528
20. Utilizo la información estadística en el proceso de planificación de actividades relacionadas con los problemas de salud identificados en la población a cargo.	.624
21. En todos los procesos de monitoreo y evaluación: determino las necesidades o recolección de datos adicionales	.610
22. Uso y/o elaboro el (los) protocolo(s) en la recolección de datos e información.	.467
23. Uso y/o elaboro estrategias que permitan obtener y/o ampliar la información procesada.	.566
24. Aseguro y cauto la confidencialidad de los datos de las personas y familia.	.489
25. Establezco un sistema que monitoree la calidad de los datos e información.	.535
26. Monitoreo la calidad de los datos e información que se maneja para ejecutar lo planificado	.526
27. Identifico factores de riesgo que influyen en la salud de la población	.618
28. Identifico las fortalezas /debilidades/amenazas/oportunidades que condicionan la salud de la población	.603
29. Analizo la relación entre factores de riesgo, fortalezas/debilidades/amenazas/oportunidades en la salud de la población.	.584
30. Evalúo los cambios en las características de la población y su posible efecto en los factores de riesgo.	.577
31. Identifico grupos poblaciones con factores específicos de riesgo.	.603
32. Identifico temáticas prioritarias de salud pública (SP) en base a los datos procesados y evaluados	.580
33. Propongo los actores sociales que contribuirán en el abordaje de los temas identificados.	.541
34. Explico la naturaleza y el alcance de cada tema de salud pública identificado.	.524
35. Analizo la relación entre los temas de salud pública identificados y la salud de la población.	.590
36. Determino el número de personas afectadas por problemas de salud específicos	.508
37. Considero los años de vida potenciales perdidos en problemas específicos.	.602

38.Considero el número de personas en riesgo por cada problema priorizado en salud	.549
39.Analizo los problemas de salud que son de preocupación u opinión pública	.604
40. Priorizo los problemas de salud según mi capacidad de intervención en salud pública	.480
41.Priorizo los problemas de salud tomados en cuenta en la propuesta de los actores sociales de la comunidad	.542
42.Priorizo, según categoría, los problemas de salud tomados en cuenta en la disponibilidad de recursos para abordar las necesidades	.553
43.Priorizo según categoría los problemas en salud en función de la magnitud de la severidad (económicos, morbilidad, mortalidad y calidad de vida entre otros)	.584
44. Facilito procesos para la participación de actores sociales claves en la priorización de problemas.	.544
45.Analizo cada intervención según su mayor capacidad para alcanzar los objetivo trazado	.558
46. Utilizo información basada en evidencias sea de literatura u opinión de expertos para seleccionar intervenciones potenciales en personas/familias, comunidades.	.512
47. Uso la información basada en evidencia en el desarrollo de intervenciones en personas/familias, comunidades y/o sistemas para problemas específico	.502
48.Facilito la toma de decisiones de los actores sociales en las intervenciones	.532
49. Elijo intervenciones de acuerdo a la complejidad de los casos de preferencia en el nivel de prevención primaria que en prevención secundaria o terciaria.	.528
50. Elijo intervenciones que beneficien a la comunidad, disminuyendo los daños a corto y largo plazo.	.563
51. Escojo intervenciones que eviten duplicidad innecesaria de servicios/programas.	.564
52. Diseño intervenciones basadas en evidencia científica y los resultados esperados.	.613
53. Cautelo los principios éticos al seleccionar intervenciones.	.540
54. Elijo intervenciones que respeten la cultura y grupos étnicos.	.462
55. Escojo intervenciones consistentes con los estándares profesionales, la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería, ordenanzas y leyes, dispositivos locales, regionales y nacionales.	.600
56. Comparo intervenciones considerando su costo.	.640
57. Elijo intervenciones considerando la aceptación de la persona /familia/ comunidad/ sistema.	.565
58. Considero las fortalezas/ debilidades/amenazas/oportunidades de las intervenciones en personas/familias/comunidad/sistemas.	.517
59. Abordo los problemas de las personas/familias/comunidad/sistema, a través de intervenciones, tolerando discrepancias con ellos.	.520
60. Planeo las intervenciones de enfermería, Considerando su secuencia y frecuencia, en función de recursos disponibles, incidencia, prevalencia y severidad de cada indicador prioritario.	.597
61.Planeo la secuencia y frecuencia de las intervenciones considerando los problemas que necesitan solucionarse antes que se agraven en otros problemas de salud	.638
62. Planteo la secuencia y frecuencia de las intervenciones, considerando la motivación individual, familiar, comunitaria.	.642
63. Planeo la secuencia y frecuencia de las intervenciones considerando la estructura y funcionamiento de los sistemas.	.679
64. Planteo intervenciones consensuadas con los beneficiarios.	.649
65. Establezco un proceso que asegure la implementación de las intervenciones.	.690

66. Aseguro que las intervenciones sean implementadas de manera consensuada.	.692
67. Selecciono indicadores de resultados en coordinación con el equipo de gestión para cada objetivo de Salud Pública , a nivel local, regional y nacional	.716
68. Aseguro que los indicadores de resultados en coordinación con el equipo de gestión seleccionados sean medibles y significativos basados en evidencia científica.	.737
69. Por cada indicador: diseño métodos de evaluación en coordinación con el equipo de gestión	.762
70. Para cada intervención selecciono, en coordinación con el equipo de gestión selecciono indicadores de proceso medibles y significativos basados en evidencia científica.	.746
71. Por cada intervención planifico y diseño métodos para medir indicadores de proceso basado en evidencia científica	.726
72. Selecciono indicadores de resultados que sean consistentes con las prioridades de la(s) población(es)	.737
73. Selecciono procesos y métodos de medición de resultados en salud	.711
74. Selecciono instrumentos de recolección de datos (validados y reproducibles) para evaluar resultados	.633
75. Selecciono técnicas estadísticas para el análisis de los datos.	.581
76. En coordinación con el equipo de gestión valido instrumentos de recolección de datos para evaluar resultados.	.613
77. Aseguro que las intervenciones se implementen de manera consistente con la evidencia científica.	.441
78. Aseguro que las intervenciones se implementen de acuerdo al plan.	.527
79. Gestiono los recursos necesarios para implementar las intervenciones en la frecuencia necesaria.	.559
80. Durante la implementación monitoreo los eventos de salud abordados.	.510
81. Durante la implementación, recojo sistemáticamente datos y analizo la información, identifico casos, focos de riesgo y amenazas a la salud y realizo medidas de control.	.557
82. Durante la implementación, identifico otras poblaciones de riesgo, brindo información sobre la naturaleza del problema y medidas de control y oriento sobre servicios de salud dónde acudir.	.633
83. Durante la implementación, identifico en la población a las personas con factores de riesgo a la salud no reconocidos o condiciones de enfermedades asintomáticas en poblaciones.	.632
84. Realizo actividades de referencia y de seguimiento a personas, familia y comunidad atendidas.	.720
85. Manejo casos optimizando las capacidades del autocuidado de la persona, familia, comunidad así como de las organizaciones sociales.	.664
86. Delego funciones que no vayan en contra de la Ley del Ejercicio Profesional y el Código de Ética de la profesión	.665
87. Realizo actividades educativas en salud, comunicando hechos, ideas y utilizando herramientas que fortalezcan saberes conocimientos, actitudes y prácticas.	.734
88. Proporciono consejería orientada a fortalecer el autocuidado en las personas/familia/comunidad.	.690
89. Busco información y planteo soluciones opcionales de problemas percibidos con la comunidad, sistema, familia o persona que permita las mejores opciones de selección y actuación.	.735

90. Comprometo a las personas u organizaciones al cumplimiento de objetivos comunes, fortaleciendo la capacidad de uno o más miembros en la promoción y protección de la salud.	.749
91. Promuevo y desarrollo alianzas entre organizaciones o actores sociales por causas comunes saludables, que incluye conformación de asociaciones, solución de problemas y/o fortalecimiento del liderazgo local en asuntos de salud.	.672
92. Ayudo a los grupos de la comunidad en la identificación de problemas, movilización de recursos y desarrollo e implementación de estrategias para alcanzar objetivos conjuntos.	.673
93. Abogo por la causa o actos de la persona, familia o comunidad, con el propósito de desarrollar capacidad de defensa de sus propias causas o actos que conlleven al mejoramiento de su calidad de vida.	.658
94. Utilizo los principios y tecnologías de mercadotecnia en el diseño de programas que fortalezcan el conocimiento, actitudes, conductas y prácticas saludables en la población de interés.	.596
95. Pongo los problemas de salud en las agendas de los decisores, participo en la construcción conjunta de planes de resolución, determinando los recursos necesarios, considerando que promueve leyes, reglas y regulaciones, ordenanzas y políticas.	.592
96. Cautelo el cumplimiento y respeto de las leyes, reglas, regulaciones, ordenanzas y políticas que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y del medio ambiente.	.582
97. Evalúo la(s) respuesta(s) de las personas/familia, comunidad y sistemas en cada intervención y comparo con los resultados esperados.	.544
98. Coordino con los representantes de las personas/familia, comunidad y/o sistemas la modificación conjunta de la(s) intervención(es) seleccionadas en base a procesos de evaluación y de mejora.	.585
99. Continúo o modifíco cada intervención de acuerdo a las conclusiones de las evaluaciones y recursos disponibles de la comunidad.	.560
100. Reúno, registro datos y proceso la evaluación de las actividades dirigidas a la personas/familia, comunidad y/o sistema de forma oportuna, eficiente y clara.	.653
101. Desarrollo/adapto los procesos para el monitoreo regular y sistemático de la recolección de datos y su procesamiento.	.665
102. Uso estadísticos (parámetros, indicadores) apropiados para procesar los datos recolectados.	.655
103. Interpreto junto con los actores sociales el significado de los hallazgos.	.675
104. Comparo resultados de la evaluación con resultados esperados.	.720
105. Identifico y describo poblaciones (personas/familias, comunidades y/o sistemas) que lograron o no los indicadores del proceso/resultado(s).	.709
106. Identifico y describo la diferencia entre la población (personas/familias/comunidad) que alcanzó y no alcanzó los indicadores de resultado.	.762
107. Evalúo la respuesta de intervención del establecimiento de salud dirigido a las personas, familia, comunidad y sistema y los comparo con los resultados esperados.	.772
108. Analizo la relación entre el proceso de cada intervención y los resultados.	.744
109. Socializo resultados de la reevaluación orientadas a las modificaciones de las intervenciones con los representantes a nivel familiar y de la comunidad.	.731
110. Identifico las percepciones respecto a las necesidades de salud que requieren cambios en las intervenciones y socializo sus resultados.	.724
111. Ratifico y/o modifíco para el siguiente año cada intervención de acuerdo a la reevaluación y recursos disponibles de la comunidad.	.735

112. Reevalúo el estado de salud de la población considerando la respuesta de las personas, familia, comunidad y del sistema de organización del establecimiento de salud.

.722

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 8 iteraciones.

4.2 Prueba de hipótesis

No se planteó hipótesis, por ser una investigación de validación de un instrumento, no requiere hipótesis.

4.3 Discusión de resultados

La población de estudio estuvo conformada por 301 enfermeros que laboran en el primer nivel de atención de las Redes de Salud Lima Centro y Lima Norte, casi el total de la población fue de sexo femenino, característica común en la profesión de enfermería, la edad media fue de 38 años, entre la proporción de casados y solteros no existe mucha diferencia y el tiempo de experiencia en la atención primaria de salud tiene una media de 8 años.

El análisis de los diferentes valores obtenidos a través del procesamiento estadístico de los resultados, permitió establecer que el instrumento “Competencias de Enfermería en Salud Pública (PHNCI)” elaborado por la Asociación de Enfermeras Americanas, para evaluar las competencias que

garantizan el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) por los profesionales de enfermería que laboran en el primer nivel de atención, es válido y confiable.

Dicho instrumento en una investigación anterior fue traducido del inglés al español y validado, sin embargo, la autora consideró que debía ser sometido a otra validación, ya que los resultados a pesar de tener validez estadística y confiabilidad, el constructo de las dimensiones solo reflejaba la cuarta parte de los que era el instrumento original. (4).

Para establecer la validez de contenido, se usó el método de criterio de jueces de expertos, en total fueron 7 enfermeras expertas en el área de salud pública con quienes en primer lugar se realizaron 2 talleres para recoger apreciaciones de las enfermeras especialistas y revisar la redacción de las 126 actividades correspondientes a las 4 competencias: Competencias para la evaluación de la población, competencias para la planificación con enfoque en la población, competencias para la implementación de la intervención y competencias para la Implementación de la Intervención, quedando 112 actividades, para Argimon “la Validez de contenido se basa en el análisis del concepto que se pretende medir y, en especial en la definición de las áreas o dimensiones que abarca y sus límites con otros conceptos relacionados. Se puede considerar que un cuestionario es válido por su contenido si contempla todos los aspectos relacionados con el concepto en estudio, lo que suele evaluarse a través de la opinión de expertos⁽⁴⁰⁾; en segundo lugar la concordancia final de cada ítem (actividad) se obtuvo a través del Test V de Aiken, ya que este test permite calcular el

índice de concordancia entre los expertos; los resultados obtenidos del coeficiente para todos los ítems (actividades) del instrumento permiten señalar que las 112 actividades deben permanecer ya que los resultados fluctúan entre 0,821 y 1; esta afirmación se sustenta en Escurra “El Coeficiente de validez V Aiken, es un coeficiente que se calcula como la razón de un dato obtenido sobre la suma máxima de la diferencia de los valores posibles”, los valores del coeficiente puede obtener valores entre 0 y 1 y a medida que sea más elevado el valor calculado, el ítem tendrá una mayor validez de contenido⁽¹⁷⁾. Castañeda Hidalgo ⁽¹⁴⁾ e Ibarra-Piza S ⁽¹⁵⁾, también emplearon el coeficiente de validez V de Aiken para validar los instrumentos de sus investigaciones, el resultado del coeficiente V de Aiken de ambas investigaciones estuvieron cercanas a 1; esto les permitió determinar la validez de contenido del instrumento y detectar los aspectos a mejorar.

Para la evaluación de la confiabilidad del instrumento se aplicó una prueba piloto a 30 enfermeros, se usó la técnica de Alfa de Cronbach, la evaluación de los 112 ítems reportó valores del alfa de Cronbach que permiten afirmar que existe una confiabilidad elevada para todo el instrumento y en cada una de sus cuatro dimensiones. Para la validez de constructo, se probó el análisis factorial confirmatorio, sin embargo, una muestra de 30 profesionales para analizar 112 ítems, no ha permitido en esta etapa calcular el valor de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ni tampoco el valor de significancia relacionado a la prueba de Bartlett, sin embargo, se destaca que con cuatro dimensiones se pudo explicar el 67.3% la varianza total

explicada. Al analizar la relación entre los totales por dimensión y la variable competencias de la enfermera, se encontró que los valores de correlación estaban todos por encima de 0.73, lo cual indica que entre los totales de las dimensiones y la variable analizada existe una correlación alta y directa, y a la vez significativa (los valores de Sig son menores que 0.05).

Para continuar analizando la confiabilidad y estabilidad del instrumento, se aplicó un test y retest a una muestra de 100 enfermeras, en dos momentos deferentes; los resultados del Alfa de Cronbach para todo el instrumento (112 actividades) fue de 0,989 en el test y 0,993 en el retest, estos resultados indican que existe una confiabilidad elevada para todo el instrumento y para las cuatro dimensiones, así mismo los resultados del alfa de Cronbach en las 4 dimensión en el test estuvieron entre 0,960 y 0,982 y en el retest entre 0,973 y 0,986. La prueba t para muestras relacionadas para los puntajes totales confirma que no existe diferencia significativa entre los promedios de los dos momentos analizados ($t=0.153$ y $\text{Sig}=0.879>0.05$), los resultados permiten afirmar que la respuesta de las enfermeras al aplicar el instrumento se mantiene estable con el paso del tiempo. Así mismo al analizar la correlación de los puntajes totales del test y retest se encontró una relación baja y directa ($\text{Rho}=0.351$), además esta relación es significativa ($\text{Sig}=0.00<0.05$). Ramos Morcillo et al. ⁽¹⁸⁾ para validar el instrumento de su investigación, realizaron también un test - retest e indican que el alfa de Cronbach fue de 0,88, lo que les permite afirmar la existencia de concordancias entre sustanciales y casi perfectas; así mismo Alfonso

Álvarez et. Al. demostraron elevadas consistencias interna y externa mediante pruebas de test y retest del instrumento. Espinoza E ⁽²⁰⁾ también realizó el test-retest para evaluar la fiabilidad del instrumento de su investigación validada.

En la última fase del estudio, la tercera versión del Instrumento, producto de los análisis estadísticos en el juicio de expertos, prueba piloto, test y retest se aplicó a 301 enfermeras, el resultado del análisis de confiabilidad por la técnica de Alfa de Cronbach de los 112 ítems fue de 0,987, este resultado permite afirmar que existe una confiabilidad elevada para todo el instrumento; la confiabilidad más baja se encuentra en la dimensión “Competencia para la evaluación de procesos y resultados” con un alfa de Cronbach de 0,963. Gómez et al ⁽¹⁹⁾, Castillo Sierra et al. ⁽¹⁶⁾ y Rodríguez B. ⁽⁴⁾, para obtener la confiabilidad del instrumento también utilizaron el alfa de Cronbach, obteniendo un valor total de 0,92 - 0,724 y 0,959 respectivamente.

Para el proceso de validación de constructo se consideró el proceso de análisis factorial, y para ello previamente se aplicó la prueba de Bartlett y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), ya que estas son necesarias para la aplicación del análisis factorial, como resultado se encontró un valor de KMO superior al valor mínimo y la prueba de Bartlett reportó un valor menor a 0.05, con ello se puede indicar que los datos recopilados con la muestra de 301 enfermeras sirven para aplicar un análisis factorial confirmatorio (AFC); Fernández Araus ⁽⁵³⁾ señala que “el análisis factorial

confirmatorio se ha convertido en una de las técnicas estadísticas más utilizadas a nivel mundial, desde sus primeros exponentes que presentan el planteamiento teórico-matemático, hasta recientes aplicaciones para la evaluación psicométrica de instrumentos, la validación de constructos, la estimación de efectos de posible causalidad, entre otros usos que se le pueden dar.

De la Cruz et.al ⁽²¹⁾ realizaron el análisis de propiedades psicométricas de validez y fiabilidad de su instrumento mediante análisis factorial, prueba de adecuación Kaiser–Meyer, Olkin y prueba de esfericidad de Bartlett; así mismo Ríos F. ⁽²²⁾ obtuvo un instrumento válido, confiable y unidimensional, evaluando la confiabilidad de su instrumento con el coeficiente Kuder-Richardson y Alfa de Cronbach y las pruebas de Kaiser-Meyer-Olkin.

El instrumento final resultó con cuatro competencias, 21 subcompetencias y 112 actividades, las que son concordantes con las funciones esenciales de la salud pública implementadas por la OPS/OMS para la "Salud Pública en las Américas" con el propósito de desarrollar un concepto común de la salud pública y de sus funciones esenciales, la participación de la enfermería en este campo es muy amplia, aunque estas actividades se conocen bajo otras denominaciones y se cumplen de manera distinta de un país a otro, ya que la cultura, la historia o la política de la organización de los servicios de salud son distintos en cada país. ⁽⁴⁾

Las funciones del profesional de enfermería en salud pública en el Perú están descritas en el mapa funcional del Colegio de Enfermeros del Perú, en ella se detallan las unidades de competencia como son el desarrollo de acciones de sensibilización a las autoridades de los gobiernos locales, líderes comunitarios y otros actores sociales, las acciones en el proceso de planificación de los cuidados integrales a la familia y comunidad, la elaboración del diagnóstico de la situación de salud de la familia y comunidad de acuerdo a las necesidades y los problemas identificados y priorizados, con el equipo interdisciplinario, agentes comunitarios de salud y la comunidad organizada, respetando la interculturalidad de la población, elaboración, implementación y evaluación de planes y proyectos de atención Integral a la familia, dirigidos a la promoción y prevención y de atención para la comunidad, congruente a su perfil demográfico, epidemiológico, cultural, fomentando la participación de la comunidad organizada y de los actores sociales involucrados. Estas competencias son congruentes con las actividades descritas en el instrumento validado, correspondientes a las cuatro competencias: competencias para la evaluación de la población, competencias para la planificación con enfoque en la población, competencias para la implementación de la intervención y competencias para la evaluación de procesos y resultados. Witt RR, ⁽³⁾ respecto a las competencias de la enfermera en la atención básica y su contribución a la construcción de las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP), señala que los resultados muestran que todas las competencias construidas pudieron ser relacionadas a las FESP y a la

contribución; de su cumplimiento; corroborando así el papel fundamental que cumplen las enfermeras en el desarrollo de las FESP.

Así mismo Scheafer R, et al. ⁽⁵⁴⁾, al analizar 30 artículos de investigación, sobre las prácticas de enfermería en el contexto de los cuidados de salud primarios, determinaron “ tres categorías de prácticas: prácticas en el servicio; prácticas en la comunidad; y, prácticas de administración y formación: señalando que los desafíos de los enfermeros son complejos, ya que el cuidado debe estar centrado en las necesidades de salud de la población, lo que conduce a la acción para otros niveles de responsabilidad clínica y sanitaria”. Castro A y Leal C, determinaron “que las enfermeras que reconocen haber logrado las competencias por acción de la institución o por autoformación fue superior, que aquellas que reconocen el aporte de la institución formadora en el conocimiento y adquisición de habilidades.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Se estableció que el instrumento de evaluación de las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las Funciones Esenciales de La Salud Pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, es válido y confiable tanto todo el instrumento como sus cuatro dimensiones.
2. Se determinó la validez del instrumento mediante el método de criterio de jueces; en los talleres realizados se eliminaron 14 actividades, de 126 quedaron 112. Al someter al coeficiente V de Aiken los resultados obtenidos permitieron que esas actividades continúen en el instrumento.
3. Se determinó la confiabilidad del instrumento por consistencia interna, empleando el método del alfa de Cronbach en una prueba piloto a 30 enfermeros. Al analizar la relación entre los totales por dimensión y la variable se determinó que existe una correlación alta y directa, y a la vez significativa.

4. Se determinó la confiabilidad y estabilidad del instrumento a través de un test y retest a la misma muestra en dos momentos diferentes, los resultados del alfa de Cronbach indican una confiabilidad elevada para todo el instrumento y para las cuatro dimensiones tanto en el test como en el retest. Al analizar la correlación de los puntajes totales del test y retest se encontró una relación baja y directa; así mismo la prueba t para muestras relacionadas en los puntajes totales, confirman que no existe diferencia significativa entre los promedios de los dos momentos, por tanto los resultados permiten afirmar que la respuesta de las enfermeras al aplicar el instrumento se mantiene estable con el paso del tiempo.
5. Para la validación del constructo se realizó el proceso de análisis factorial, justificado por la significancia de la prueba de Bartlett y la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), se extrajeron cuatro factores en función a las cuatro competencias: competencias para la evaluación de la población, competencias para la planificación con enfoque en la población, competencias para la implementación de la intervención y competencias para la evaluación de procesos y resultados.
6. Se determinó la confiabilidad del instrumento final aplicándolo a 301 enfermeras, los resultados de la técnica del alfa de Cronbach del total de

actividades (112) permite afirmar que existe una confiabilidad elevada para todo el instrumento.

5.2 Recomendaciones

1. Desarrollar estudios complementarios con otras muestras de mayor cantidad de enfermeros profesionales y en otras zonas y realidades geográficas y demográficas del país.
2. Por ser un instrumento que comprende competencias, subcompetencias y actividades acordes a las funciones esenciales de la Salud Pública (FESP) y a las actividades que realiza el enfermero que labora en el primer nivel de atención al individuo, familia y comunidad en el contexto peruano, este puede ser utilizado para evaluar las competencias del personal profesional de enfermería a fin de utilizar los resultados para identificar sus fortalezas y debilidades para plantear áreas de mejora mediante el monitoreo y la capacitación.
3. Promover la investigación y el interés en el campo de la salud pública, específicamente en la atención primaria de salud.
4. Este instrumento podría utilizarse también en el ámbito educativo, tanto en pregrado en las asignaturas de formación del profesional de enfermería en la atención al individuo, familia y comunidad; y en el posgrado en la segunda especialidad de salud familiar y comunitaria.

5. Motivar al profesional de enfermería para se interese en validar instrumentos que sean de interés en su campo laboral, a fin de manejar información válida y confiable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz F, López D, Halverson P. Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector de la salud. Rev. Panamericana Salud Pública/Pan Am J Public Health; 2000.
2. Organización Panamericana de la Salud. La Salud Pública en las Américas. Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción Washington, D.C.: OPS; 2002.
3. Witt RR, Almeida MCP Competências dos profissionais de saúde no referencial das Funções Essenciais de Saúde Pública: contribuição para a construção de projetos pedagógicos na enfermagem Rev Bras Enferm, Brasília (DF): 2003 jul/ago;56(4):433-438
4. Rodríguez B. Validación de Instrumento: Competencias Profesionales de Enfermería en el Primer Nivel De Atención Lima – Perú; 2013. Disponible en:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPCH_c33bc0bd30e447677_a4587aa2b48e58b/Description#tabnav
5. Organización Panamericana de la Salud/OMS/CDC. Guía para la Aplicación del Instrumento de Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública. Disponible en:
http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/FESP_Instrumento_Guias_Aplicacion.pdf
6. Organización panamericana de la Salud. La enfermería de salud pública y las funciones esenciales de salud pública: bases para el ejercicio

profesional en el siglo XI Biblioteca Las casas; 2005. Disponible en <http://www.index-com/lascasas/documentos/lc0054.php>.

7. Castro A, Leal R. Funciones en salud pública de enfermería y adquisición del conocimiento, departamento del Meta; 2007. Bogotá (Colombia), 13 (1): 9-26, enero-junio de 2011. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/1631>
8. Peñarrieta M, Mier N, Gonzales H, Gutiérrez T, Borda A. Role and working conditions of nurses in public health in Mexico; 2012.
9. Ministerio de Salud. Medición del desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP); 2006.
10. Peñarrieta-de Córdova I, Rodríguez-Rojas B, Cisneros-Escobar G, et al. Validación del instrumento: Competencias de enfermería en salud pública, Lima, Perú. Rev enferm Herediana. 2013; 6 (2): 78- 85. <https://doi.org/10.20453/renh.v6i2.1796>
11. MINSA-PERÚ. Oficina General de Epidemiología. Análisis De Situación de Salud del Perú; 2012
12. Davó MC, Gil D, Vives C, Álvarez C, Ortiz R, et al. ¿Quiénes y pueden hacer en salud pública?. Las competencias profesionales como base para la elaboración del programa en el Espacio Europeo de Educación Superior. Gac. Sanit; 23 (1): 5-12.
13. Rey A, Acosta N. El enfoque de las competencias para los equipos de Atención Primaria en Salud. Una revisión de literatura. Rev. Gerenc. Polit. Salud. Bogotá Colombia; 2013.

14. Castañeda-Hidalgo H, Vega-Infante E, Gonzáles F, Rangel S, Flores F, Peñarrieta-de Cordova I. Competencias del personal de enfermería en Salud Pública, en el contexto mexicano” México.
15. Ibarra-Piza S, Segredo-Santamaría S, Juárez-Hernández L, Tobón S. Estudio de validez de contenido y confiabilidad de un instrumento para evaluar la metodología socioformativa. Revista ESPACIOS. ISSN 0798 1015. Vol. 39 (Número 53) Año 2018. Disponible en: <http://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-24.pdf>
16. Castillo- Sierra D, González- Consuegra R, Olaya A-Sánchez. Validez y confiabilidad del cuestionario Florida versión en español. Rev. Colombiana de Cardiología. Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Publicado por Elsevier España. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120563318300032>
17. Alonso-Álvarez MA, et al. Validación en español del instrumento Core competencies for public health professionals en Guadalajara (Jalisco, México). Educ Med. 2018. Disponible en <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2018.02.006>
18. Ramos-Morcillo A, Ruzafa S, Fernández R. Diseño y validación de un cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP). España; 2013. Aten Primaria. 2013;45(10):514---521. Disponible en : <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.02.002>
19. Gómez H, Gómez L, Maqueo E, Durán C. Confiabilidad y validez de un cuestionario de exposición a la violencia para jóvenes. Universidad

Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología, México. Acta de investigación psicol [revista en la Internet]. 2013 Abr [citado 2019 Sep 25]; 3(1): 1005-1017. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-48322013000100008&lng=es.

20. Eduardo Espinza E Garcés D. Validación cultural de un instrumento para medir el nivel de conocimiento de bioestadística; Rev. Fac. Med. Hum; 2016. Disponible en: <http://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/2933>
[ffhttps://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPCH_2556c959f4ef9d99993642e6c0508404](https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPCH_2556c959f4ef9d99993642e6c0508404)
21. De La Cruz–Vargas J, Rodríguez-Chávez S, Roldan-Arbieta L, Alejandro Medina-Vilca A, Huamán-Guerrero M y Pérez M. Validación de un instrumento para medir el nivel de satisfacción de mujeres embarazadas durante el parto. Rev. Fac. Med. Hum; 2016 (3):30-37. Disponible en: <http://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/730/696>
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/URPR_ade7e0631b1a870615ca9383a1bb8f6
22. Ríos-Flores A. y col. Validación de un instrumento para medir el nivel de conocimiento sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Chiclayo. Rev Med Hered; 2013.24:26-32. Disponible en: <http://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/730>
23. Gómez B, Hidalgo M. La validez en los tests, escalas y

cuestionario. La Sociología en los escenarios (revista electrónica). Centro de estudios de opinión 2002. Disponible en:

<http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/articloe/viewFile/1750/1370>

24. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez M, Sáenz A. ¿Cómo validar un instrumento de medida de la salud?.An. Sist. Snit. Navar. 34 (1): 63-72; 2011.
25. Burns N, Grove S. Investigación en Enfermería. 3ed. Saunders Company. p.296
26. Muñiz J. Psicometría. Madrid, España: Universitas S.A., 1996. p.208-238.
27. Ruiz C. Confiabilidad. Programa Interinstitucional Doctorado en Educación. Universidad Pedagógica Experimental Libertador, Venezuela
28. Cervantes V. Interpretaciones del Coeficiente Alpha de Cronbach. En: Avances enMedición.vol.3, no. 1, p. 9-28;2005
29. Gaínza A. Validación de la herramienta para la evaluación por competencias en el Complejo Hospitalario de Navarra. Instrumento AL_COM. Universidad Pública de Navarra. Escuela Universitaria de Estudios Sanitarios. Pamplona; 2012.
30. Luján J, CardonaJ. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. MedPubJournals. Vol11 No. 3:1; 2015. Disponible en:
<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/construccin-y-validacin-de-escalasde-medicin-en-salud-revisin-depropiedades->

[psicomtricas.pdf](#)

31. Argimon J, Jimenez V. Métodos de investigación clínica y epidemiológica 4ta. ed. Madrid: Elsevier España; 2013. Disponible en:
https://www.academia.edu/24421999/M%C3%A9todos_de_investigacion_clinica_y_epidemiologica_4_ed._Josep_Argimon_Pall%C3%A1s
32. Pérez E, Medrano L. Análisis Factorial Exploratorio: Bases Conceptuales y Metodológicas. RACC, Vol. 2, N°1, 58; 2010. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/html/3334/333427068006/>
33. Cerda J, Villarroel L. Evaluación de La Concordancia interobservador en investigación pediátrica: coeficiente de Kappa. Ver. Chil. Pediatr; 2008.
34. Colegio de Enfermeros del Per. Estatuto y Reglamento: Ley del trabajo de la Enfermera N° 27669.
35. Ecurra LM. Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces.
36. Escobar J, Cuervo A. Validez de Contenido y Juicio de Expertos: Una Aproximación a su Utilización. Universidad El Bosque, Colombia; 2008.
37. Martín A, Molina E. Valor del conocimiento pedagógico para la docencia en Educación Secundaria: diseño y validación de un cuestionario. Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Universidad de Granada
38. Suárez J, Godue C, García JF, Magaña L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las

- Américas. RevPanam Salud Pública; 2013. 34(1):47–53.
39. Rodríguez D, Berenguera A, Pujol E, Capellac J, et al. Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. Elsevier España; 2012. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.10.005>
 40. Shiau G, Chi H, Chouh L. A Study of Community Healthcare Competency Among Public Health Nurses. Journal of Nursing Research Vol. 16, No. 4; 2008.
 41. Kalb K, Nancy Ch, Kauzloric J, Brender A, Green K, Miyagawa L, Shinoda A. A Competency-Based Approach to Public Health Nursing Performance Appraisal. Public Health Nursing Vol. 23 No. 2, pp. 115–138 0737-1209/r; 2006.
 42. Ponce E, Gómez F, Terán M, Irigoyen A, Landgrave S. Validez de constructo del cuestionario FACES III en español. Facultad de Medicina de la UNAM. México. 2002
 43. Reichenheim M, Leite C. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. RevSaúde Pública; 2007.
 44. Ladhani Z, Scherpbier A, Stevens F. Competencias para la educación basada en la comunidad de grado para los profesionales de la salud - Una revisión sistemática; 2012
 45. Alonso M, Zavala M, Cabrera C, Alfaro N. Méndez A. Validación en español del instrumento Corecompetenciasforpublichealthprofessionalsen Guadalajara. Jalisco,

México; 2018.

46. Martín A, Molina E. Valor del conocimiento pedagógico para la docencia en Educación Secundaria: diseño y validación de un cuestionario. Departamento de Didáctica y Organización Escolar, Universidad de Granada. Estudios Pedagógicos XLIII, N° 2: 195-220; 2017.
47. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. McGRAW-HIL. Mares Chacón J, editor. México: López García, Orquídea; 2010. 1-656 p.
48. Flaherty J, Pathak D, Mitchell T, Wintrob R; Richman J, Nirz S. Developing instruments for cross-cultural psychiatric research. J NervMent Dis 1988; 176:257- 263.
49. Hernández R. Metodología de la Investigación. Mc – Graw-Hill. México D.F. México;1991.
50. Polit D, Hungler B. Nursing research: Principales and methods. Philadelphia. JBLppincott&Co; 1999.
51. Hernández M., Gómez B, Becerril L, Rojas A. Cuidados de la salud: Paradigma del personal de enfermeros. Enfermeros en México - La Reconstrucción del Camino
52. Abad H. Fundamentos Éticos de la Salud Pública. Universidad de Antioquia Segunda edición; 2012.
53. Fernández, A. Aplicación del Análisis Factorial Confirmatorio a un Modelo de Medición del Rendimiento Académico. Ciencias Económicas 33-N°2: 2015/ 39-66 / ISSN: 0252-9521. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/rce.v33i2.22216>

54. Schaefer R, Barbiani R, Dalla N, Prácticas del enfermero en el contexto de la atención básica: Nursing practices in the primary health care context: a scoping review. Rev. Latino-Am. Enfermagem; 2016;24. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0880.2721>
55. Colegio de Enfermeros del Perú. Mapa Funcional del CEP. Disponible en: <http://ceppiura.com/mapa-funcional-del-colegio-de-enfermeros-del-peru/>
56. Martínez R. Tuya L Martínez M, Pérez A. El Coeficiente de Correlación de los Rangos de Spearman Caracterización. Rev haban cienc méd La Habana, Vol. VIII No.2, abr-jun; 2009. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200017&lng=es

ANEXOS

ANEXO N° 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Indicadores	Diseño metodológico
<p>Problema General</p> <p>¿Es válido y confiable el instrumento para medir las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte, Lima Perú?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>- ¿Es válido el instrumento para medir las competencias requeridas para garantizar el</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Establecer la validez y confiabilidad del instrumento para medir las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte, Lima Perú.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>- Determinar la validez del instrumento para medir las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del</p>	<p>No requiere hipótesisPor ser una investigación de validación de instrumento.</p>	<p>Variable 1</p> <p>Validez y Confiabilidad del instrumento de competencias</p> <p>Variable 2</p> <p>Competencias profesionales de Enfermería:</p>	<p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> - Validez de contenido - Validez de constructo - Validez de criterio - Confiabilidad <p>Indicador</p> <ul style="list-style-type: none"> - Competencia para evaluación de la población - Competencia para la planificación con enfoque en la población. - Competencias para implementar - Competencias para la evaluación de procesos y resultados 	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Descriptivo explicativo</p> <p>Método y diseño de la investigación</p> <p>Cuantitativo, no experimental, transversal</p> <p>Población</p> <p>-----</p> <p>Muestra</p> <p>Fase 1: 30</p> <p>Fase 2:300</p>
<p>cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte?</p> <p>- ¿Es confiable el instrumento para medir las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte?</p>	<p>profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte.</p> <p>- Determinar la confiabilidad del instrumento para medir las competencias requeridas para garantizar el cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública (ESPE) del profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención, en la Red de Salud Lima Ciudad y Red de Salud Lima Norte,</p>				

ANEXO N° 2: INSTRUMENTO

COMPETENCIAS DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

INSTRUCCIONES

Muy Buenos Días, muchas gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta. Su opinión es de gran importancia para mejorar y valorar el trabajo del enfermero en el campo de la Salud Pública. Esta encuesta requiere DE SU REFLEXIÓN, HONESTIDAD Y sus respuestas serán totalmente anónimas y confidenciales.

Sobre cada ítem de la encuesta están enfocadas principalmente hacia la población, así como a nivel individual, familiar y administrativo.

Criterios (Rangos de los números):

- 1 Tendría que aprender para realizar esta actividad
- 2 Podría hacer esta actividad con asistencia o apoyo
- 3 Hago esta actividad
- 4 Enseño o podría enseñar a otros a realizar esta actividad

Datos Generales:

- Establecimiento o Institución de Salud: _____
- Sexo : _____ Edad : _____
- Estado Civil: _____ Nro. de hijos: _____
- Tiempo que labora en el área de la Salud pública: _____
- Año de egresado(a) ()
- Especialidad y/o Maestría en Salud Pública: SI () No ()
- Otro: _____

Marque con una X en cada ítem (competencias) y responda según criterio (número). Su respuesta debe reflejar lo que usted crea mejor en relación a sus competencias en el campo de la Salud Pública. Recuerde que sólo debe CONSIDERAR SU CAPACIDAD Y/O HABILIDAD PARA "HACER", AUNQUE NO SEA PARTE DEL SERVICIO O NO SEA FACTIBLE DE EJECUTAR POR FALTA DE RECURSOS

COMPETENCIAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA POBLACIÓN

COMPETENCIA ACTIVIDAD	Tendrían que aprender para realizar esta actividad	Podría hacer esta actividad con asistencia o apoyo	Hago o puedo hacer esta actividad	Enseño o podría enseñar a otros a realizar esta actividad
	1	2	3	4
Competencia: Identifica la población				
1. Identifico a la(s) población(es) que están bajo mi área de responsabilidad profesional.				
Competencia: Identifica actores sociales para el proceso de intervenciones con abordaje poblacional				
2. Identifico a las personas como potenciales representantes (líderes potenciales) de comunidades y sistemas (a nivel socioeconómico, educativo, político y legal) influyentes en la salud de la población.				
3. Identifico a los líderes a cargo de las comunidades y sistemas cuya participación es esencial en el proceso enfocado en la población.				
Competencia: Participa e incentiva el compromiso en los actores sociales				
4. Genero procesos que permitan la participación activa de los actores sociales involucrados en la salud de la población.				
5. Trabajo con los actores sociales en el desarrollo de estrategias que logren la participación de las personas reacias a involucrarse dentro del proceso enfocado en la población.				
6. Socializo, con los actores sociales, los problemas de salud identificados, la planificación e implementación de intervenciones así como la evaluación de resultados.				
7. Facilito la participación de los actores sociales en la identificación de problemas de salud, la planificación e implementación de intervenciones así como la evaluación de resultados.				
8. Fomento en los actores sociales el uso de recursos (propios o del Estado) para mejorar la salud de la población.				
Competencia: Describe a las personas / familias y comunidades que conforman la población				
9. Analizo la demografía, salud, cultura, historia, sistemas de prestación de salud, entorno físico y recursos de la población bajo mi responsabilidad.				
10. Analizo la o las relaciones entre aspectos demográficos, salud, cultura, historia, sistemas de prestación de salud, entorno físico y recursos de la población bajo mi responsabilidad.				
Competencia: Describe los sistemas social, económico, educativo, político y legal que afectan a la salud de la población (s)				
11. Analizo la influencia de cada sistema en la salud de la(s) población(es).				
Competencia: Analiza los datos recolectados para identificar los indicadores de salud de población				
12. Identifico y analizo indicadores de salud tales como: mortalidad, morbilidad y factores				

13. Considero las limitaciones de datos disponibles en la identificación de los indicadores de salud de la población				
14. Socializo y contrasto datos de diversas fuentes en el trabajo con actores sociales e instituciones de la comunidad				
15. Dialogo con los actores sociales de la /población acerca de las consecuencias en la salud pública de los resultados encontrados.				
16. Identifico datos relacionados con la perspectiva o visión de la población sobre su salud/enfermedad				
17. Facilito los procesos que permitan compartir el significado de los datos.				
18. Identifico dudas en el procesamiento de datos y las consulto con un estadístico				
19. Uso técnicas estadísticas para comparar poblaciones				
20. Utilizo la información estadística en el proceso de planificación de actividades relacionadas con los problemas de salud identificados en la población a cargo.				
21. En todos los procesos de monitoreo y evaluación: determino las necesidades o recolección de datos adicionales				
Competencia :Determina la necesidad de recoger datos adicionales en el proceso de evaluación				
22. Uso y/o elaboro el (los) protocolo(s) en la recolección de datos e información				
23. Uso y/o elaboro estrategias que permitan obtener y/o ampliar la información procesada				
24. Aseguro y cauto la confidencialidad de los datos de las personas y familia.				
25. Establezco un sistema que monitoree la calidad de los datos e información				
26. Monitoreo la calidad de los datos e información que se maneja para ejecutar lo planificado				
Competencia: Analiza la información que determina Población (s) en situación de riesgo				
27. Identifico factores de riesgo que influyen en la salud de la población				
28. Identifico las fortalezas /debilidades/amenazas/ oportunidades que condicionan la salud de la población				
29. Analizo la relación entre factores de riesgo, fortalezas/debilidades/amenazas/ oportunidades en la salud de la población.				
30. Evalúo los cambios en las características de la población y su posible efecto en los factores de riesgo.				
31. Identifico grupos poblaciones con factores específicos de riesgo.				
Competencia: Determina problemas de salud pública en la población				
32. Identifico y temáticas prioritarias de salud pública (SP) en base a los datos procesados y evaluados				
33. Propongo los actores sociales que contribuirán en el				
34. Explico la naturaleza y el alcance de cada tema de salud pública identificado.				
35. Analizo la relación entre los temas de salud pública identificados y la salud de la población.				

COMPETENCIAS PARA LA PLANIFICACIÓN CON ENFOQUE EN LA POBLACIÓN

COMPETENCIA ACTIVIDAD	Tendrían que aprender para realizar esta actividad	Podría hacer esta actividad con asistencia o apoyo	Hago o puedo hacer esta actividad	Enseño o podría enseñar a otros a realizar esta actividad
	1	2	3	4
Competencia: Jerarquizo los problemas según escala de calificación				
36. Determino el número de personas afectadas por problemas de salud específicos.				
37. Considero los años de vida potenciales perdidos en problemas específicos.				
38. Considero el número de personas en riesgo por cada problema priorizado en salud				
39. Analizo los problemas de salud que son de preocupación u opinión pública				
40. Priorizo los problemas de salud según mi capacidad de intervención en salud pública				
41. Priorizo los problemas de salud tomados en cuenta en la propuesta de los actores sociales de la comunidad				
42. Priorizo, según categoría, los problemas de salud tomados en cuenta en la disponibilidad de recursos para abordar las necesidades				
43. Priorizo según categoría los problemas en salud en función de la magnitud de la severidad (económicos, morbilidad, mortalidad y calidad de vida entre otros)				
44. Facilito procesos para la participación de actores sociales claves en la priorización de problemas.				
Competencia: Identifica posibles intervenciones en el abordaje de cada objetivo				
45. Analizo cada intervención según su mayor capacidad para alcanzar los objetivos trazados				
46. Utilizo información basada en evidencias sea de literatura u opinión de expertos para seleccionar intervenciones potenciales en personas/familias, comunidades.				
47. Uso la información basada en evidencia en el desarrollo de intervenciones en personas/familias, comunidades y/o sistemas para problemas específicos				
48. Facilito la toma de decisiones de los actores sociales en las intervenciones				
Competencia: Selecciona las intervenciones dirigidas a las personas / las familias, las comunidades y / o sistemas.				
49. Elijo intervenciones de acuerdo a la complejidad de los casos de preferencia en el nivel de prevención primaria que en prevención secundaria o terciaria.				

50. Elijo intervenciones que beneficien a la comunidad, disminuyendo los daños a corto y largo plazo.				
51. Escojo intervenciones que eviten duplicidad innecesaria de servicios/programas.				
52. Diseño intervenciones basadas en evidencia científica y los resultados esperados.				
53. Cautelo los principios éticos al seleccionar intervenciones.				
54. Elijo intervenciones que respeten la cultura y grupos étnicos.				
55. Escojo intervenciones consistentes con los estándares profesionales, la Ley del Ejercicio Profesional de Enfermería, ordenanzas y leyes, dispositivos locales, regionales y nacionales.				
56. Comparo intervenciones considerando su costo.				
57. Elijo intervenciones considerando la aceptación de la persona / familia / comunidad / sistema.				
58. Considero las fortalezas / debilidades / amenazas / oportunidades de las intervenciones en personas / familias / comunidad / sistemas.				
59. Abordo los problemas de las personas / familias / comunidad / sistema, a través de intervenciones, tolerando discrepancias con ellos.				
Competencia: Planifica la secuencia y frecuencia de las intervenciones				
60. Planeo las intervenciones de enfermería, considerando su secuencia y frecuencia, en función de recursos disponibles, incidencia, prevalencia y severidad de cada indicador prioritario.				

61. Planeo la secuencia y frecuencia de las intervenciones considerando los problemas que necesitan solucionarse antes que se agraven en otros problemas de salud				
62. Planeo la secuencia y frecuencia de las intervenciones, considerando la motivación individual, familiar, comunitaria.				
63. Planeo la secuencia y frecuencia de las intervenciones considerando la estructura y funcionamiento de los sistemas.				
64. Planteo intervenciones consensuadas con los beneficiarios.				
65. Establezco un proceso que asegure la implementación de las intervenciones.				
66. Aseguro que las intervenciones sean implementadas de manera consensuada.				
Competencia: Elabora indicadores concordantes con los resultados esperados del estado de salud				
67. Seleccione indicadores de resultados en coordinación con el equipo de gestión para cada objetivo de Salud Pública, a nivel local, regional y nacional				
68. Aseguro que los indicadores de resultados en coordinación con el equipo de gestión seleccionados sean medibles y significativos basados en evidencia científica.				
69. Por cada indicador: diseño métodos de evaluación en coordinación con el equipo de gestión				
70. Para cada intervención selecciono, en coordinación con el equipo de gestión selecciono indicadores de proceso medibles y significativos basados en evidencia científica.				
71. Por cada intervención planifico y diseño métodos para medir indicadores de proceso basado en evidencia científica				
72. Seleccione indicadores de resultados que sean consistentes con las prioridades de la(s) población(es)				
Determina los métodos de evaluación para medir cada proceso e indicador del resultado de la Salud				
73. Seleccione procesos y métodos de medición de resultados en salud				
74. Seleccione instrumentos de recolección de datos (validados y reproducibles) para evaluar resultados				
75. Seleccione técnicas estadísticas para el análisis de los datos.				
76. En coordinación con el equipo de gestión valido instrumentos de recolección de datos para evaluar resultados.				

COMPETENCIAS PARA IMPLEMENTAR LAS INTERVENCIONES

COMPETENCIA ACTIVIDAD	Tendrían que aprender para realizar esta actividad	Podría hacer esta actividad con asistencia o apoyo	Hago o puedo hacer esta actividad	Enseño o podría enseñar a otros a realizar esta actividad
	1	2	3	4
Competencia: Implementa las intervenciones seleccionadas para cada problema, según el Plan.				
77. Aseguro que las intervenciones se implementen de manera consistente con la evidencia científica.				
78. Aseguro que las intervenciones se implementen de acuerdo al plan.				
79. Gestiono los recursos necesarios para implementar las intervenciones en la frecuencia necesaria.				
Competencia: Implementa intervenciones planeadas que se centran en la persona/ familiar, comunitaria / sistemas				
80. Durante la implementación monitoreo los eventos de salud abordados.				
81. Durante la implementación, recojo sistemáticamente datos y analizo la información, identifico casos, focos de riesgo y amenazas a la salud y realizo medidas de control.				
82. Durante la implementación, identifico otras poblaciones de riesgo, brindo información sobre la naturaleza del problema y medidas de control y oriento sobre servicios de salud dónde acudir.				
83. Durante la implementación, identifico en la población a las personas con factores de riesgo a la salud no reconocidos o condiciones de enfermedades asintomáticas en poblaciones.				
84. Realizo actividades de referencia y de seguimiento a personas, familia y comunidad atendidas.				
85. Manejo casos optimizando las capacidades del autocuidado de la persona, familia, comunidad así como de las organizaciones sociales.				
86. Delego funciones que no vayan en contra de la Ley del Ejercicio Profesional y el Código de Ética de la profesión				
87. Realizo actividades educativas en salud, comunicando hechos, ideas y utilizando herramientas que fortalezcan saberes conocimientos, actitudes y prácticas.				
88. Proporciono consejería orientada a fortalecer el autocuidado en las personas/familia/comunidad.				
89. Busco información y planteo soluciones opcionales de problemas percibidos con la comunidad, sistema, familia o persona que permita las mejores opciones de selección y actuación.				
90. Comprometo a las personas u organizaciones al cumplimiento de objetivos				

91. Promuevo y desarrollo alianzas entre organizaciones o actores sociales por causas comunes saludables, que incluye conformación de asociaciones, solución de problemas y/o fortalecimiento del liderazgo local en asuntos de salud.				
92. Ayudo a los grupos de la comunidad en la identificación de problemas, movilización de recursos y desarrollo e implementación de estrategias para alcanzar objetivos conjuntos.				
93. Abogo por la causa o actos de la persona, familia o comunidad, con el propósito de desarrollar capacidad de defensa de sus propias causas o actos que conlleven al mejoramiento de su calidad de vida.				
94. Utilizo los principios y tecnologías de mercadotecnia en el diseño de programas que fortalezcan el conocimiento, actitudes, conductas y prácticas saludables en la población de interés.				
95. Pongo los problemas de salud en las agendas de los decisores, participo en la construcción conjunta de planes de resolución, determinando los recursos necesarios, considerando que promueve leyes, reglas y regulaciones, ordenanzas y políticas.				
96. Cautelo el cumplimiento y respeto de las leyes, reglas, regulaciones, ordenanzas y políticas que conlleven al mejoramiento de la calidad de vida de las personas y del medio ambiente.				
Competencia: Modifica el Plan de Intervención según se requiera				
97. Evalué la(s) respuesta(s) de las personas/familia, comunidad y sistemas en cada intervención y comparo con los resultados esperados.				
98. Coordiné con los representantes de las personas/familia, comunidad y/o sistemas la modificación conjunta de la(s) intervención(es) seleccionadas en base a procesos de evaluación y mejora.				
99. Continué o modifiqué cada intervención de acuerdo a las conclusiones de las evaluaciones y recursos disponibles de la comunidad.				

COMPETENCIAS PARA LA EVALUACIÓN DE PROCESOS Y RESULTADOS

COMPETENCIA ACTIVIDAD	Tendrían que aprender para realizar esta actividad	Podría hacer esta actividad con asistencia o apoyo	Hago o puedo hacer esta actividad	Enseño o podría enseñar a otros a realizar esta actividad
	1	2	3	4
Competencia: Recopila información de evaluación				
100. Reúno, registro datos y procesola evaluación de las actividades dirigidas a las personas/familia, comunidad y/o sistema de forma oportuna, eficiente y clara.				
101. Desarrollo/adapto los procesos para el monitoreo regular y sistemático de la recolección de datos y su procesamiento.				
Competencia: Analiza información recopilada de evaluación				
102. Uso estadísticos (parámetros, indicadores) apropiados para procesar los datos recolectados.				
103. Interpreto junto con los actores sociales el significado de los hallazgos.				
104. Comparo resultados de la evaluación con resultados esperados.				
105. Identifico y describo poblaciones (personas/familias, comunidades y/o sistemas) que lograron o no los indicadores del proceso/resultado(s).				
106. Identifico y describo la diferencia entre la población (personas/familias/comunidad) que alcanzó y no alcanzó los indicadores de resultado.				
107. Evalúo la respuesta de intervención del establecimiento de salud dirigido a las personas, familia, comunidad y sistema y los comparo con los resultados esperados.				
108. Analizo la relación entre el proceso de cada intervención y los resultados.				
Competencia: Comparte resultados de la evaluación				
109. Socializo resultados de la reevaluación orientadas a las modificaciones de las intervenciones con los representantes a nivel familiar y de la comunidad.				
110. Identifico las percepciones respecto a las necesidades de salud que requieren cambios en las intervenciones y socializo sus resultados.				
111. Ratifico y/o modifico para el siguiente año cada intervención de acuerdo a la reevaluación y recursos disponibles de la comunidad.				
112. Reevalúo el estado de salud de la población considerando la respuesta de las personas, familia, comunidad y del sistema de organización del establecimiento de salud.				

ANEXO N° 3: TABLA DE INTERPRETACIÓN DEL COEFICIENTE DE CORRELACIÓN PEARSON O SPEARMAN

- ❑ Si $|r| \leq 0,2$ la correlación es prácticamente nula
- ❑ Si $0,21 \leq |r| \leq 0,40$ la correlación es baja.
- ❑ Si $0,41 \leq |r| \leq 0,70$ la correlación es moderada.
- ❑ Si $0,71 \leq |r| \leq 0,90$ la correlación es alta.
- ❑ Si $0,91 \leq |r| \leq 1,00$ la correlación es muy alta.

El coeficiente de correlación de Spearman es el mismo que el coeficiente de correlación de Pearson, calculado sobre el rango de observaciones; en la interpretación de la prueba estadística correlación de Spearman, es necesario tener en cuenta el objetivo de la investigación que se define en primera instancia y la relevancia de estas relaciones en el fenómeno que se estudia. La explicación de un coeficiente de correlación como medida de la intensidad de la relación lineal entre dos variables es puramente matemática y libre de cualquier implicación de causa-efecto, el hecho de que las dos variables tiendan a crecer o decrecer juntas no indica que la una tenga un efecto directo o indirecto sobre la otra ⁽⁵⁶⁾. En la Investigación al analizar la relación entre los totales por dimensión y la variable competencias de la enfermera se encontró que los valores de correlación estaban todos por encima de 0.73, lo cual indica que entre los totales de las dimensiones y la variable analizada existe una correlación alta y directa.

Anexo N°4 CARTA N° 08.08-006/2015/UPNW



ISO 9001:2008

Lima 31 de agosto de 2015

CARTA N°08-08-006/2015/UPNW

Señor Doctor
MIGUEL MALO SERRANO
Asesor de Promoción de la Salud y Prevención de ENT
Organización Panamericana de la Salud - Perú
Presente.-

De mi consideración:

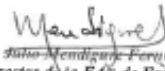
Tengo el honor de dirigirme a Ud. para hacerle llegar los cordiales saludos a nombre de la Escuela Académico Profesional de Enfermería, de la Universidad Privada Norbert Wiener, que tengo a bien dirigir. Siendo una Escuela Acreditada, comprometida con la preparación de profesionales en concordancia con los lineamientos de las políticas de salud de nuestro país, ha organizado la conferencia "Determinantes de la Salud", dirigida a profesionales de enfermería del primer nivel de la Red de Salud Rimac, así como docentes y estudiantes. La citada conferencia se llevará a cabo en el Auditorio de nuestra Institución, sito en Av. Arequipa N° 440 – 10° piso; según detalle:

NRO	TEMA	FECHA	HORA
1	Determinantes de la Salud	Viernes 11 de septiembre 2015	11.05 – 11.50
2		Viernes 25 de septiembre 2015	11.05 – 11.50
3		Viernes 09 de octubre 2015	11.05 – 11.50

Conocedores de su profesionalismo académico, comprometido por vocación con las profesiones de salud, la Escuela Académico profesional de Enfermería invita a Ud. a participar en este evento como EXPOSITOR, del tema antes indicado.

Seguro de contar con su participación; me suscribo de usted agradeciéndole su aceptación anticipadamente y reiterándole la muestra de mis consideraciones y respetos.

Atentamente,


Mg. Suso Mendiguarre-Peruán
Director de la EAP de Enfermería

