

**ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL MARCO REGIONAL DE
COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL COVID-19**

Laura Isabel Taborda Vasquez

Itsa Valentina Acosta Aguilar

Andrea Naranjo Berrio

Universidad del Valle

Sede San Fernando

Facultad de Salud

Escuela de Enfermería

Cali

Marzo 2022

**ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL MARCO REGIONAL DE
COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL COVID-19**

Laura Isabel Taborda Vasquez

Itsa Valentina Acosta Aguilar

Andrea Naranjo Berrio

Trabajo de grado para optar al título de Enfermera

Directora del trabajo de investigación

Margot Consuelo Burbano López,

Enf., Especialista en Cuidado Crítico del Adulto- Magíster en Enfermería

Universidad del Valle

Sede San Fernando

Facultad de Salud

Escuela de Enfermería

Cali

Marzo 2022

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darnos fortaleza y hacer posible todas las cosas.

A nuestras familias por el apoyo incondicional, su amor y sacrificio.

A nuestra directora de investigación Margot Consuelo Burbano por su acompañamiento constante, por brindarnos su tiempo, conocimientos y experiencias en este proceso.

A los profesionales de enfermería que participaron con su contribución desinteresada, por permitirnos conocer una parte de su rol y perspectiva como cuidadores.

Finalmente, a la Universidad del Valle y la Escuela de Enfermería, por apoyarnos en nuestro crecimiento personal y profesional.

¡Qué privilegio es pertenecer a tan maravillosa alma máter!

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

Título: ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL COVID-19	
Investigadores Principales: Itsa Valentina Acosta Aguilar CC: 1062329745 Andrea Naranjo Berrio CC: 1112494960 Laura Isabel Taborda Vasquez CC: 1107520847	
Correos electrónicos: itsa.acosta@correounivalle.edu.co naranjo.andrea@correounivalle.edu.co taborda.laura@correounivalle.edu.co	Teléfonos: 3122399848 3023977156 3005766874
Línea de Investigación: Cuidado de enfermería.	
Lugar de Ejecución del Proyecto:	
Ciudad: Cali.	Departamento: Valle del Cauca.
Duración del Proyecto: 12 meses.	
Tipo de Proyecto:	

Investigación Básica:	Investigación Aplicada: X	Desarrollo Tecnológico o Experimental:
Resumen: En el presente trabajo identificó la participación de enfermería durante la pandemia por COVID-19 por medio de la aplicabilidad y la relevancia de las competencias relacionadas con la gestión del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP) en el contexto de salud global por COVID-19. Se realizó un estudio cualitativo basado en el Método Delphi. Los resultados muestran que menos del 70% de enfermeros(as) aplican la mayoría de competencias, le dan mayor aplicabilidad a competencias relacionadas con el análisis de situación de la salud y reconocen el alcance de la promoción de la salud en el cuidado a los individuos y comunidad frente al COVID-19, sin embargo, una menor proporción de profesionales aplican competencias relacionadas con la equidad y calidad en el acceso a los servicios de salud y asumen una participación en la planificación, regulación y control de políticas y planes de salud. Por otro lado, los profesionales consideran relevantes la mayoría de las competencias, demostrando que Enfermería les otorgó gran importancia, pero esto no es congruente frente a su aplicabilidad, no obstante, la fuerza que toma la Salud Pública en el marco de situaciones emergentes impulsa a la profesión para que se ponga a la vanguardia y asuma retos desde esta visión.		
Descriptor/Palabras clave: Enfermería, competencias, Salud Pública, COVID-19.		

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	8
2. JUSTIFICACIÓN.....	10
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
4. OBJETIVOS.....	16
4.1. OBJETIVO GENERAL	16
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
5. MARCO REFERENCIAL	16
5.1. MARCO CONCEPTUAL.....	16
5.2. MARCO TEÓRICO.....	24
6. MARCO METODOLÓGICO	29
6.1. TIPO DE ESTUDIO:	29
6.2. UNIVERSO – POBLACIÓN – MUESTRA.....	31
6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN	32
6.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	32
6.5. VARIABLES	32
6.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE.....	32
6.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES	32
6.5.3. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	32
6.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	47
6.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	48
6.8. ASPECTOS ÉTICOS.....	49
6.8.1. CONFLICTO DE INTERESES	51
6.8.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	51
7. RESULTADOS	52
8. DISCUSIÓN.....	71
8. CONCLUSIONES	80
9. RECOMENDACIONES	81
10. ANEXOS	82
ANEXO 1: INSTRUMENTO 1	82

ANEXO 2: INSTRUMENTO 2	92
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO	97
ANEXO 4: SOLICITUD REVISIÓN DE EXPERTOS	100
ANEXO 5: HOJA DE VIDA DE LAS INVESTIGADORAS	115
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	117

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Operalización de las variables de aplicabilidad para la gestión por enfermería del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública.....	33
Tabla 2. Operalización de las variables de relevancia para la gestión por enfermería del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública.....	42
Tabla 3. Caracterización sociodemográfica de los profesionales de enfermería participantes.....	52
Tabla 4. Aplicabilidad por enfermería del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública.....	56
Tabla 5. Relevancia por los profesionales de Enfermería del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública.....	64
Tabla 6. Competencias que obtuvieron el mayor porcentaje de aplicabilidad	76
Tabla 7. Competencias que obtuvieron el menor porcentaje de aplicabilidad	77
Tabla 8. Competencias que obtuvieron el mayor porcentaje de relevancia.....	78
Tabla 9. Competencias que obtuvieron el menor porcentaje de relevancia.....	79

1. INTRODUCCIÓN

La sorprendente llegada del nuevo coronavirus (COVID-19) en diciembre del 2019 ha implicado cambios y retos en los sistemas sanitarios alrededor de todos los continentes, con 222 países afectados hasta diciembre de 2021(1)(2). El incremento y la incidencia de casos positivos que asciende cada día al igual que las muertes, se suma al preocupante panorama mundial y evoca un problema de Salud Global.

Hasta finales de febrero del 2022 más de 432 millones de personas en el mundo se habían contagiado y se contaba con más de 5 millones de muertes. Con el 18% del total de contagios, Estados Unidos, se constituía como el país con más contagios, seguido de India con casi el 10% del porcentaje mundial y un aproximado de 40 millones de casos positivos. Países como Francia, Reino Unido y Rusia sumaban más de 55 millones y aunque Rusia presentaba menor proporción, sus cifras de mortalidad superaban las de Reino Unido y Francia juntas. A su vez en América Latina, Brasil ocupaba el tercer lugar en el mundo con 28.580.995 contagios y 647.486 muertes obteniendo el segundo lugar en registros de mortalidad por COVID a nivel mundial (2)(3). Colombia no fue ajena a esta calamidad social que ha representado, al igual que en otros países, una de las mayores amenazas a la economía y ante todo a la capacidad de respuesta del sistema de salud, que ya venía crónicamente deteriorado y hasta el 25 de febrero de 2022, se constituía como el tercer país suramericano con más contagios, ocupando el puesto 14 a nivel mundial, con unas cifras de 6.058.715 de contagios, 5.883.546 recuperados y registrando 138.421 muertes, superando en cifras de mortalidad a países como Alemania, España y Argentina que presentaban mayor proporción de contagios. De las personas no recuperadas, 8.511 estaban atendidas en casa, 5.755 en salas de hospitalización y 840 en unidad de cuidados intensivos (4).

Esta pandemia desplegó una serie de investigaciones que dieron cuenta de las características del virus, el mecanismo por el cual afecta el estado de salud de las personas, los métodos para lograr tratamientos exitosos y por supuesto el recorrido para lograr la vacuna, mientras sucedía la inmunidad por contagio de persona a persona. Unido a estos esfuerzos, diferentes equipos de talento humano en salud y asociaciones científicas publicaron protocolos interdisciplinarios para que ser aplicados con el propósito de la reducción del contagio o al menos que éste no ocurriera de manera masiva en periodos reducidos de tiempo, de igual manera se desarrollaron estrategias virtuales para el apoyo psicosocial ya que el problema de salud consiste en un síndrome multisistémico que no excluye la salud mental. En relación con todas las estrategias y acciones que se están generando para el manejo de la pandemia a nivel mundial en cada país, surgen diferentes cuestionamientos sobre las debilidades en el sector salud, en cuanto a infraestructura, insumos, suministros, organización, eficacia, manejo oportuno y gestión de talento humano, siendo este último uno de los más nombrados por los cuestionamientos relacionados con la bioseguridad. Es aquí donde surge la necesidad de implementar políticas públicas nuevas que aboguen por el derecho fundamental de la salud de toda la población en el marco de la pandemia, de acuerdo con el contexto social y económico de cada país. Sobre los dos últimos aspectos, se resalta la importancia de los trabajadores de la salud alrededor del mundo, quienes han figurado en revistas, noticieros, periódicos como “Héroes” y su rol es determinante en la construcción del nuevo conocimiento científico y su divulgación, la realización de avances tecnológicos y el reconocimiento por parte de los gobiernos de la importancia de tener sistemas de salud sostenibles y preparados para las situaciones emergentes en salud. En este grupo de personas se encuentran los profesionales de enfermería cuyo desempeño ha sido imprescindible en la búsqueda de la recuperación de la salud de las personas

contagiadas, así como en la prevención del contagio, en la gestión de dichas políticas públicas y a su vez, actúan para lograr un mejoramiento del sistema de salud frente a los desafíos que ha implicado esta pandemia.

A continuación, se presentan los resultados de la investigación, que tuvo como propósito describir la aplicabilidad y la relevancia de las competencias relacionadas con la gestión de Enfermería durante la pandemia por COVID- 19, fundamentada en la experiencia que tuvieron estos profesionales en los sectores gubernamentales y de servicios de salud clínicos y ambulatorios. Estas competencias se establecieron a partir del denominado “Marco Regional de competencias esenciales en salud pública para las Américas”.

El aporte del presente trabajo de investigación permite establecer que en enfermería una de las competencias más aplicables dentro del ejercicio profesional tiene que ver con lo relativo a la PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN y para este caso enfermería gestionó acciones relacionadas con el cuidado de la salud tanto para prevenir el contagio por COVID 19, como para lograr un impacto en la morbilidad y mortalidad debida a este agente biológico. Sin embargo, es necesario realizar esfuerzos para el empoderamiento frente al liderazgo en la movilización de grupos en relación con los procesos de participación social para proteger la salud, así como, fortalecer la participación por parte de los profesionales de enfermería en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en situaciones emergentes.

2. JUSTIFICACIÓN

En el 2020, la OMS a través de la Campaña “Enfermería Ahora” (Nursing Now), convocó a los profesionales de enfermería para que fortalezcan en los diferentes Estados su participación en la formulación de políticas públicas, lideren en la toma de decisiones y asuman puestos de responsabilidad en beneficio de la salud de la población. Este llamado incluye la

participación en el desarrollo de modelos de atención comunitaria centrada en la persona, enfocada en la prevención y el mejor uso de la tecnología, de igual manera ejercer su profesión en el ámbito de la investigación que permita visibilizar el impacto de la Enfermería y su práctica efectiva en el cumplimiento de los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS). De esto último, en especial se espera que contribuya con el tercer y quinto objetivo para asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todas las edades, al igual que la igualdad de género mediante el empoderamiento de la mujer (5).

Con el reconocimiento de la OMS al liderazgo de Enfermería y en especial en asuntos de política pública, si bien, se favorece el camino establecido para gestionar aspectos de desarrollo en salud que incida en la desigualdad social y la mortalidad derivada de la misma, ahora, se presenta una oportunidad importante para demostrar la capacidad que tienen los profesionales de Enfermería para lograr entre otras acciones, el control de la pandemia del COVID-19, la generación de nuevas políticas para actuar en la prevención y la promoción de la salud mediante el autocuidado, así, evitar mayores contagios que conducen al colapso del sistema de salud, al incremento morbilidad y mortalidad en tiempos muy cortos, como se ha visto en países como España, Italia, Francia, Estados Unidos y en Latinoamérica con ejemplos como Ecuador y Brasil.

En este escenario, ha sido clave la participación de Enfermería empoderada y con voz crítica en los sistemas de salud en el mundo, pues por su gran número de profesionales en el área y su labor, se generan cambios y cuidados de alta calidad que contribuyen al desarrollo del sistema y contribuyen con el cumplimiento cada vez en mayor porcentaje de los ODS (5). Ahora bien, con la coyuntura a nivel mundial dada por la nueva pandemia sale de primera mano la gestión y focalización de la meta 3.8 de los ODS y de cómo hacerla real en el contexto actual (6).

Propósito de la investigación

El presente trabajo de investigación tuvo como propósito evidenciar las lecciones aprendidas por enfermería en la gestión del control de la pandemia por COVID-19, mediante la descripción de la aplicabilidad y relevancia de las Competencias Esenciales en Salud Pública en relación con situaciones emergentes en salud global. Es en ese sentido que también se pretende evidenciar las debilidades en la aplicación de dichas competencias, de manera que se logre avanzar desde la academia en el fortalecimiento del proceso formativo de los profesionales de enfermería en aspectos como la gestión de Política Pública en Salud y para lo cual se realizó la siguiente pregunta de investigación:

“¿Cuál es la aplicabilidad y la relevancia que otorga enfermería a las Competencias Esenciales en Salud Pública durante la pandemia por COVID-19?”

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Cuando transcurrían cinco años de la adopción de los 17 ODS de la Asamblea General de las Naciones Unidas (7), establecidos como una estrategia para lograr el desarrollo de poblaciones de manera incluyente y sostenible al 2030 en asuntos como: la erradicación de la pobreza, seguridad alimentaria y mejor nutrición, garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades, garantizar la educación de calidad y lograr un medio ambiente sostenible combatiendo el cambio climático, entre otros, surge de manera abrupta el análisis de políticas públicas y los correspondientes decretos gubernamentales para afrontar retos inmediatos relacionados con economía, la alimentación, la educación y la gestión de riesgo en salud en el marco de la pandemia generada por el SARS-CoV2.

A finales de abril de 2020 la pandemia había causado cerca de 170 mil muertes y más de 2,7 millones de personas estaban contagiadas. Una tercera parte de la humanidad permanecía en

cuarentena en sus domicilios, 1.500 millones de alumnos se encontraban sin poder ir a clase, y fueron afectados más de 30.000 profesionales de la salud alrededor del mundo. Los esfuerzos aún insuficientes para lograr los ODS se encontraban afectados de manera negativa, en especial el ODS-3, para el cual los planes de desarrollo iniciales en los diferentes países eran pospuestos o modificados a la luz de los resultados de la pandemia. Hasta ese momento las lecciones positivas aprendidas estaban relacionadas con la biodiversidad, que al parecer sacó provecho en oportunidad de la existencia de ciudades vacías, no obstante, debían continuar los esfuerzos para el control de la crisis derivada del cambio climático (8).

En menos de dos años de la medición de las cifras anteriormente mencionadas, para el 25 de febrero de 2022, los contagios llegaban a más de 432 millones y los reportes de mortalidad superaban los 5 millones de personas, aunque se debía reconocer que los diferentes esfuerzos por reducir los contagios y en especial el desarrollo de las vacunas contra el COVID-19, lograron que empezaran a disminuir los contagios diarios de forma considerable y la mortalidad, dado que también la cantidad de pacientes que llegaban a UCI se redujo considerablemente. Países como Italia y España a finales de abril de 2020 lideraban el mayor número de contagios a nivel mundial, pero a medida que avanzó el tiempo y para el 2022 se vieron relegados principalmente por Estados Unidos e India seguido de Brasil y Francia. A nivel de Latinoamérica, Brasil con 28.670.242 contagios, superaba en gran medida a otros países como Argentina, Colombia, Perú y Chile, que por su número de contagios se encuentran en el lugar 11, 14, 25, 31 respectivamente en la lista mundial (3). Colombia con una cifra de 6.058.715 contagios y 138.501 muertes, donde el departamento del Valle del Cauca reportaba una cifra de 538.715 contagios y 14.919 muertos y su capital Cali considerada como uno de los municipios más afectados por la pandemia representaba dentro de esta cifra, 380.272 contagios y 8.569 fallecidos (4).

Por otro lado, mientras las investigaciones científicas se han concentrado en la vacunación para afrontar la pandemia por el COVID-19 y el análisis de sus efectos secundarios, no se encontró hasta el momento estudios que muestren la participación de Enfermería en la Gestión de Políticas Públicas que permitan aportar al control de la pandemia a partir de la aplicabilidad de las competencias profesionales existentes a nivel mundial que orientan estas funciones.

Las respuestas ante esta pandemia en relación con las políticas públicas en salud se han visto limitadas e insuficientes en el contexto actual que enfrenta el mundo, la OMS y las Naciones Unidas no cuentan con la capacidad de coordinar políticas públicas globales que se implementen en los diferentes gobiernos territoriales ocasionando que cada territorio brinde una respuesta diferente ante la pandemia. Países como China, Corea del sur han sido ejemplo de respuestas efectivas en oposición a países como Italia, España, Estados Unidos y Brasil que no han tenido un buen control de la pandemia; así pues, la política pública en salud ha generado medidas como el confinamiento, que, aunque es importante y necesario, no resuelve el problema y si se observa desde una perspectiva económica, muchos países con altos índices de pobreza no podrían sostenerlo de manera efectiva por mucho tiempo. Otra medida que se ha intentado implementar es la trazabilidad, identificación y aislamiento de posibles casos, lo cual supone un reto inmenso, entendiendo que hay personas asintomáticas que están transmitiendo el virus por sus territorios sin poder ser detectadas por las entidades correspondientes. Ahora bien, las Políticas Públicas en Salud (PPS) global se han visto ante múltiples desafíos que requirieron de investigación exhaustiva como lo fue encontrar la forma de realizar trazabilidad en pacientes asintomáticos, implementar tecnología de identificación biométrica que permita el reconocimiento de personas portadoras del virus y así poder confinar a poblaciones en riesgo y

no al conjunto de la sociedad, ampliar el campo de investigación en vacunas, fortalecer la respuesta de salud al contagio mediante unidades disponibles de atención, y en el ajuste de estas políticas tener en cuenta al ser humano como un ser inherente a la interacción, socio-cultural y garante de derechos en el cual un contexto de aislamiento social puede traer efectos devastadores, por ello la política pública también debe ser capaz de encaminar su actuar dando respuestas a las necesidades de las personas (9)(10).

Ante esta situación surgen interrogantes relacionados con la preparación del talento humano en salud, entre éste enfermería, para participar en el desarrollo o en la gestión de políticas públicas que permitan afrontar situaciones de salud emergentes a nivel global. La Organización Mundial de la Salud (11), manifestó hace una década que los profesionales de Enfermería raramente participaban en la toma de decisiones de alto nivel y en el desarrollo de políticas. Por otra parte, Wilson (12) afirma que los esfuerzos para identificar y definir las competencias de salud global sólo están empezando. Conceptos específicos de salud global para integración en los programas educativos básicos en enfermería abarcan: equidad en salud, temas de Enfermería en salud global, determinantes de salud, epidemias, enfermedades comunicables y no comunicables, epidemiología y resultados de salud, y emergencias humanitarias.

En este momento ante la amenaza de infecciones emergentes como la derivada del SARS –CoV2, que atravesó fronteras nacionales e internacionales y de manera abrupta separó a un número importante de estudiantes del área de las salud de la academia, es necesario revisar la experiencia de los profesionales, en este caso de Enfermería, para incorporar en la formación de los mismos las competencias que les permitan participar en el desarrollo de políticas públicas en salud para afrontar las situaciones emergentes en salud global.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Identificar la participación de enfermería en la gestión del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública durante la pandemia por COVID-19.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características profesionales y laborales del profesional de enfermería que participó en la gestión y atención en salud, en el contexto de la pandemia por COVID-19.
- Identificar la aplicabilidad por enfermería del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública, en relación con: análisis de situación de salud; vigilancia, control de riesgos y daños; promoción de la salud y participación social; políticas, planificación, regulación y control; equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos; y salud internacional/ global durante la pandemia por COVID-19.
- Determinar la relevancia que le brinda enfermería a la gestión del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública en el contexto de situaciones emergentes en salud o pandemias.

5. MARCO REFERENCIAL

5.1. MARCO CONCEPTUAL

Milio (13) define las políticas como “directrices para modificar aquello que ocurriría en caso de no intervenir, y que se expresan en la asignación y distribución de los recursos. En el

momento en que se inicia la aplicación de las políticas estas definen un estilo de actuar de la población en contra de otras formas alternativas, se manifiesta una nueva intención de comportamiento y limita las oportunidades de acción, derivando por consecuencia que las políticas pueden o no ser generadas por el Estado o particulares y su influencia puede estar restringida a una parte de la población, sin afectar necesariamente al resto de la sociedad”.

Boneti L. (14) establece que “las Políticas Públicas son aquellas acciones que nacen del contexto social pero que pasan por la esfera estatal como una decisión de intervención pública en una realidad social, ya sea para hacer inversiones o para una mera regulación administrativa”.

Meny y Thoenig (15), por su parte plantean que “son el conjunto de iniciativas, decisiones y acciones del régimen político frente a situaciones socialmente problemáticas, que buscan la resolución de las mismas o llevarlas a niveles manejables y que además están clasificadas en cuatro grupos, de acuerdo a la forma en que se ejerce la coerción, a saber: a) distributivas, que conceden un permiso o una autorización; b) redistributivas, dan ciertas ventajas y beneficios a grupos; c) constitutivas, definen medidas sobre las leyes y el poder; y d) reglamentarias, restringen las libertades individuales en beneficio del interés común”.

Al respecto, Roth (16) menciona que éstas “constituyen uno de los instrumentos socialmente disponibles para atender las necesidades de la población, son el medio para la resolución de los problemas sociales y la manera en que el gobierno interactúa con diferentes actores para buscar soluciones a las necesidades existentes”; Vargas (17) las había relacionado con un “proceso de construcción y mediación social entre el Estado y los diferentes actores de la sociedad”.

La literatura se refiere a una política de salud como al curso de acción que afecta al conjunto de instituciones, organizaciones, servicios y condiciones financieras del sistema de

atención sanitaria, frecuentemente se refieren a ellas como políticas sectoriales pero la salud no depende solo de los servicios clínicos y estos suelen afectarse también por acciones e intenciones de otros sectores como el público, privado y organizaciones no gubernamentales voluntarias, entre otros (18).

Teniendo en cuenta el campo tan amplio de la definición de Política Pública en Salud, definido e influenciado por diferentes actores de la sociedad, es necesario tener en cuenta una definición integral. Hancock (19), integrando el concepto de los determinantes de la salud acuña el término Política Pública Saludable haciendo referencia a todas aquellas acciones realizadas por organizaciones públicas, privadas y voluntarias que, al modificar las condiciones en que vive la gente y modificar sus opciones de decisión, tienen un impacto favorable en su salud, en resumen, es toda política generada o no en el sector, y dirigida a promover la salud y/o prevenir la enfermedad cuyos objetivos debieran estar orientados a reducir en la población los factores de riesgos a enfermar y exponerla equitativamente a condiciones saludables (18).

En ese sentido, la Salud Pública involucra necesariamente la acción gubernamental para la producción de resultados; previniendo lesiones y enfermedades o promoviendo la salud donde el individuo está limitado o no puede realizarlo por sí mismo. Una política reafirma el vínculo común entre los miembros de la comunidad: la sociedad organizada es la instancia que vigila y mantiene los bienes comunes; salud, bienestar y seguridad, donde sus miembros se integran al bienestar de la comunidad como un todo. La Salud Pública se logra a través de acciones colectivas, no por medio del esfuerzo individual (18).

Política Pública en Salud en Colombia

En el marco de los lineamientos de la Seguridad Social en Salud de Colombia, la Salud Pública se concibe como el conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada,

la salud de la población por medio de acciones de salubridad dirigidas tanto de manera individual como colectiva, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país. Dichas acciones se realizarán bajo la rectoría del Estado y deberán promover la participación responsable de todos los sectores de la comunidad (20).

En los Artículos 48 y 49 de la Constitución de 1990 de Colombia, se establece la Seguridad Social en Salud como “un servicio público de carácter obligatorio garantizando el derecho irrenunciable a la seguridad social y la atención en salud” y el Saneamiento Ambiental como “servicios públicos a cargo del Estado el cual debe garantizar el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación” en los que “puede haber participación de agentes privados y públicos”. Estos aspectos a su vez fueron reglamentados por ley 10 de 1990 que descentralizó el sistema y la Ley 100 de 1993, la cual creó el Sistema General de la Seguridad Social en Salud (SGSSS) (21) (22).

Desde la Constitución de 1991 se han expedido diferentes tipos de leyes: Estatutarias, Ordinarias y Orgánicas. Las Leyes Estatutarias son aquellas que regulan temas de importancia como derechos y deberes fundamentales, mecanismos para su protección, administración de la justicia, organización, así como también el régimen de partidos políticos, instituciones, mecanismos de participación ciudadana y estados de excepción (Artículo 152 Constitución Política Nacional) (23).

De acuerdo con lo anterior surge la Ley Estatutaria 1751, “por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones” expedida el 16 de febrero de 2015, que considera a la salud como un derecho fundamental que tiene que ser provisto y protegido por el Estado colombiano. Esta Ley, incorpora la reforma de salud y para su efecto tuvo en cuenta las metodologías de análisis de sistemas de salud propuestas por la OMS y el

Banco Mundial (22). Esta Ley Estatutaria, primera en Colombia para garantizar de manera progresiva los derechos fundamentales sociales, crea un marco protector de los principios constitucionales relacionados con los mínimos básicos del derecho a la salud y es independiente al sistema de salud que exista. La Ley Estatutaria de Salud plantea un abordaje desde la cobertura integral y no solo desde el aseguramiento, la política de atención se centra en el acceso efectivo e integral a los servicios de salud en el que es necesario hablar de un plan más implícito, lo anterior hace imperativo promover la sostenibilidad del sistema, la transparencia entre los diferentes actores y el uso racional de las tecnologías. Así se determina la necesidad de un modelo de atención, que se prestará en una ruta integral dentro del sistema de aseguramiento, el cual tendría su énfasis en la política de acceso a los servicios; dicho modelo se operativiza centrado en las personas y se adapta a los Determinantes Sociales en Salud como el educativo, el hogar, el laboral y los espacios públicos; los componentes de este modelo fueron diseñados bajo el enfoque de Atención Primaria en Salud, salud familiar y comunitaria, así como de la Gestión Integral del Riesgo del Ministerio de Salud 2016 (24).

Política de Gestión de Riesgo

Narváez, Lavell y Pérez (25), definen la Gestión de Riesgo como “un proceso social cuyo fin último es la previsión, la reducción y el control permanente de los factores de riesgo de desastre en la sociedad, en consonancia con, e integrada al logro de pautas de desarrollo humano, económico, ambiental y territorial, sostenibles”. En este sentido, la Gestión de Riesgo tiene diversos campos de intervención, entre los que se rescata la formulación de políticas y estrategias que van desde lo global hasta lo local, comunitario y familiar.

En el ámbito sanitario y en relación con la pandemia, aparece el término de Gestión de Riesgos Sanitarios en Situaciones de Emergencia (GRSSE), ilustrado por la OMS (2017)

(26) como “la gama de medidas para la gestión de riesgos mediante la prevención y la mitigación, y las medidas de preparación, respuesta y recuperación frente a emergencias” basado en unos principios de gestión integral de riesgos, enfoque multisectorial y multidisciplinario, resiliencia de las comunidades, desarrollo sostenible y fundamentos éticos, en el cual se necesita de la participación de todo un gobierno y la sociedad para una planificación eficaz.

Política de Gestión de Riesgo en Salud en Colombia

En el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (2013) (27) se define la Gestión de Riesgo en Salud como un “conjunto de acciones que, sobre una población específica, con individuos identificables y caracterizables, deben realizar las entidades públicas o privadas que en el sector salud o fuera de él tienen a cargo poblaciones, para disminuir la probabilidad de ocurrencia de un evento no deseado, evitable y negativo para la salud del individuo, que puede ser también el empeoramiento de una condición previa o la necesidad de requerir más consumo de bienes y servicios que hubiera podido evitarse”.

Colombia adopta una estrategia de Gestión Integral de Riesgo en Salud (GIRS) (28), definida como “una estrategia transversal de la Política de Atención Integral en Salud que se fundamenta en la articulación e interacción de los agentes del sistema de salud y otros sectores para identificar, evaluar, medir, intervenir (desde la prevención hasta la paliación) y llevar a cabo el seguimiento y monitoreo de los riesgos para la salud de las personas, familias y comunidades, orientada al logro de resultados en salud y al bienestar de la población”.

Normatividad ante la pandemia

Según la OMS (2017) (26) “las políticas y leyes deben incorporar un enfoque que contemple todo tipo de peligros, es decir, que se base en el reconocimiento de que las medidas de gestión de riesgos en emergencias derivadas de peligros específicos tienen elementos en común y

deben abarcar todo el proceso continuo de la GRSSE, es decir, la prevención, mitigación, preparación, respuesta y recuperación”.

Las leyes deben ser las encargadas de definir las estructuras, funciones, derechos y obligaciones específicas en los diversos organismos para la gestión de emergencias, con base en una normativa ética que oriente la formulación y adopción de políticas. Estas leyes a nivel nacional deben tener relación con los acuerdos internacionales (26).

En dicho contexto, el Gobierno Nacional implementó una serie de políticas que rigen el abordaje durante la pandemia por COVID-19 en relación con medidas sanitarias y emergencias sanitarias por medio de resoluciones, entre las que se destacan la resolución 502 de 2020 con el lineamiento de la prestación de servicios; resolución 536 de 2020 por la cual se adopta el plan de acción para la prestación de servicios de salud durante las etapas de contención y mitigación; resolución 638 de 2020 en la que el asunto es el llamado al talento humano en salud; además de una serie de circulares como la 005 de 2020 que da las directrices de atención y detección del COVID-19 y la 001 de 2020 en la que se exponen orientaciones sobre medidas preventivas y de mitigación para reducir el contagio por COVID-2019 (29).

Determinantes Sociales en Salud

La OMS define los Determinantes Sociales en Salud (DSS) como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven y envejecen, estas circunstancias pueden afectar de una manera positiva o negativa la salud del individuo y la población” (30). Lalonde (1974)(31) crea un modelo en el que relaciona el estado de salud de la población con los determinantes sociales en 4 factores (estilo de vida, factores medioambientales, factores biológicos, sistema de atención sanitaria), que al ser analizados suponen la posibilidad de ser modificables, por ello la gestión de políticas públicas y políticas de riesgo debe estar encaminada a modificar estos factores de

manera que se favorezca la adaptación de las personas en sus procesos de salud- enfermedad y se beneficie la calidad de vida de las poblaciones.

Salud Global en el marco de los Determinantes Sociales y Política Pública en Salud

El rol de enfermería y la aplicabilidad de sus competencias en el análisis de las necesidades de salud, el desarrollo e implementación de políticas de salud, así como la movilización de recursos y prestación de servicios sanitarios, en el contexto de una cuestión mundial como lo es la pandemia por el COVID-19, exige integrar en la toma de decisiones la dimensión transnacional que ofrece el concepto de Salud Global, una visión que vincula la salud internacional, la salud pública y va más allá del control de cualquier gobierno individual (32).

La definición de Salud Global ha evolucionado a partir de conceptos anteriores de Salud Internacional, este último, surgió durante la era colonial (siglo XIX), se centró en el control de las epidemias mundiales y en abordar las necesidades de salud de los países de bajos recursos (33)(34)(35).

Aunque el término Salud Global fue utilizado por primera vez en los años cincuenta (32), incluso se ha utilizado como sinónimo de Salud Internacional se ha modificado su definición de tal forma que esta modalidad de pensar los retos en salud ha adquirido una gran relevancia en la agenda de los temas más importantes de la última década, convirtiéndose en un enfoque aún en desarrollo (34).

Koplan y col. (36), desarrolló una definición que ha servido como un hito importante en este campo: “La Salud Global es un área de estudio, investigación y práctica que prioriza mejorar la salud y lograr la equidad en salud para todas las personas en todo el mundo. La Salud Global enfatiza los problemas, determinantes y soluciones transnacionales de la salud; involucra muchas disciplinas dentro y fuera de las ciencias de la salud y promueve la colaboración

interdisciplinaria y es una síntesis de prevención basada en la población con atención clínica a nivel individual”.

La descripción de la Salud Global que Koplan y col., incluye problemas de salud que trascienden las fronteras nacionales, soluciones que requieren cooperación global (enfermedades y desastres), prevención, atención individual y de la población, así como lo que se considera más importante: equidad en salud. Incluso presentó ejemplos de problemas de Salud Global, incluidos problemas nutricionales, enfermedades específicas, problemas de salud mental, lesiones y problemas de salud relacionados con el desplazamiento y la migración, señaló que abordar estos problemas requiere conciencia del impacto de la cultura, los recursos limitados y las desigualdades sociales y económicas (36).

Así la concepción de la Salud Global se ha transformado hasta desarrollarse como campo de conocimiento y ámbito para la acción (32) con un enfoque multi e interdisciplinario dirigido a la interdependencia internacional y los derechos a la atención médica universal (37); que además implica la salud planetaria como equivalente a la salud humana, animal, ambiental y del ecosistema y enfatiza los problemas, determinantes y soluciones transnacionales de la salud (35); también es una síntesis de prevención basada en la población con atención holística individual (38).

5.2. MARCO TEÓRICO

El desarrollo epistemológico de la enfermería muestra grandes aportes de sus teóricos en el marco de la Salud Pública, en especial los relacionados con la influencia del entorno o del medio ambiente en la presencia de la enfermedad y la importancia de intervenir en aquellos factores para la prevención y el control de enfermedades. A continuación, se mencionan algunas teorías y sus aportes:

Florence Nightingale, precursora de la enfermería profesional y moderna, con su amplio conocimiento en el campo de las ciencias naturales y ciencias sociales fue pionera en la construcción de las políticas públicas relacionadas con las leyes en Salud Pública. Entre sus aportes se encuentra la importancia de aspectos relacionados con el ser humano y su entorno, priorizando las modificaciones en condiciones como la ventilación, el calor, la luz, la dieta, la limpieza y el ruido del ambiente, factores determinantes en la salud de las personas sujetos de cuidado, pues en la época de la guerra de Crimea (1853-1856), Nightingale trajo a colación los cambios que se debían hacer en pro de la sanidad hospitalaria. También, gracias a su conocimiento integral a lo largo de su carrera profesional identificó que los cambios sociales, políticos y económicos generaban un gran impacto en el estado de salud de la población inglesa y que la lucha por los cambios sociales podría traducirse en cambios positivos en la profesión de Enfermería. A pesar de lo anterior, es insuficiente la literatura que hace alusión al reconocimiento de que Florence sentó bases para los actuales análisis de datos estadísticos acerca de las condiciones sanitarias en pro de generación de políticas públicas en salud, así como sus estrategias (39).

En 1862, unos años después de la guerra de Crimea; William Rathbone, un comerciante inglés que no tenía preparación en el campo de la salud, como acción filantrópica, decide crear la primera Escuela de Enfermería de Salud Pública basado en la sugerencia de Florence Nightingale, y le solicita asesoría para el desarrollo de su proyecto. Esta Escuela de Enfermería de Rathbone formó enfermeras para trabajar en el ámbito comunitario por toda la ciudad de Liverpool, las cuales desempeñaban funciones como la visita domiciliaria a enfermos, asistencia social y educación sanitaria (40). Con esta colaboración y otras en las cuales participó en función de la salud comunitaria, Nightingale sigue creciendo y fortaleciendo su conocimiento en el

campo comunitario y de sanidad, siendo un referente en ese siglo y en los siglos posteriores en el momento de hablar de enfermería de Salud Pública (39).

Este gran movimiento impulsado por Rathbone y Nightingale implicó que estas Escuelas fueran acogidas en otras ciudades inglesas y posteriormente impulsaran al continente americano a interesarse por preparar al profesional de enfermería en sanidad. A principios del siglo XX las epidemias que causaron grandes cifras de mortalidad como las causadas por Cólera y fiebre tifoidea, además de las precarias condiciones de vida en la cual vivían muchas personas alrededor del mundo desataron una reforma en el Mundo en el cual también se vieron inmersas enfermeras que fueron influyentes dentro de estos cambios. Lillian Wald en Estados Unidos se convierte en la gestora de crear un sistema público y una Organización de Salud Pública de Enfermería. A nivel de Latinoamérica tomando el ejemplo norteamericano, se fueron preparando Enfermas con énfasis en sanidad y Salud Pública, con la necesidad de combatir la crisis sanitaria en la que se veían inmersos todos los países Latinoamericanos, pues se encontraban epidemias como la fiebre amarilla y la malaria que no daban tregua a la salud de la Población. Es así como en Colombia, en la ciudad de Medellín para 1936, las enfermeras podían estudiar para graduarse con el título de “Enfermeras Visitadoras” y trabajar en beneficio de la comunidad con una preparación desde la salud pública (41).

Por otra parte, Faye Glenn Abdellah fue una enfermera estadounidense reconocida por ser una de las principales investigadoras en materia de políticas en su país natal, Estados Unidos, al igual que internacionalmente por su experticia en problemas sanitarios. En sus innumerables obras, que van desde artículos, libros y diferentes publicaciones a lo largo de su carrera, se expone un enfoque diferente a la teoría de enfermería que se centraba en la enfermedad, más que en el paciente. Un ejemplo claro, es su obra “Veintiún Problemas de Enfermería”, que se basa en

el método de resolución de problemas como vehículo para ir encaminando a la enfermera y al paciente hacia su estado óptimo de salud. Para Abdellah, enfermería es ciencia y arte, que hacen del profesional un ser íntegro en actitud, habilidades intelectuales, y en general, un ser holístico que vela siempre por el bienestar del otro (42).

Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP)

La OMS junto a la OPS, para el año 2001 genera 11 Funciones Esenciales en Salud Pública (FESP) y empieza a trabajar en la iniciativa de “Salud Pública en las Américas” para poder medir estas funciones en países americanos y así generar mejoras en la práctica de la Salud Pública. Entre las 11 FESP se encuentran 1. Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud. 2. Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y amenazas para la salud pública. 3. Promoción de la salud. 4. Participación social en la salud. 5. Formulación de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública. 6. Fortalecimiento de la capacidad institucional de reglamentación y fiscalización en salud pública. 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios básicos de salud. 8. Formación de recursos humanos y capacitación en salud pública. 9. Garantía de calidad de los servicios de salud individual y colectiva. 10. Investigación en salud pública. 11. Reducción de emergencias y desastres en salud, lo que abarca prevención, mitigación, preparación, respuesta y rehabilitación (43).

Con base en estas funciones, para el año 2011 se valida el Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP) en las Américas, el cual se desarrolla como un consenso de expertos, con la participación de más de 240 colaboradores de 28 países de la región, discutido por profesionales de la salud y representantes de las autoridades sanitarias en varios países de América Latina. En las diferentes fases de esta iniciativa se consideró la

necesidad de consolidar de una manera universal y transnacional las competencias necesarias que deben tener los profesionales de salud con relación a Salud Pública, además incorpora ejes transversales como la Atención Primaria en Salud (APS) y los Determinantes Sociales en Salud (DSS) en el marco de los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM). De las 11 funciones esenciales establecidas en el 2001 e incorporando la Salud Global, el MRCESP para su mejor entendimiento y aplicación agrupa las competencias en 6 dominios sustantivos:

1. Análisis de situación de salud: Es la evaluación de la situación de salud de las poblaciones, con sus tendencias, con relación al estudio y definición de sus factores determinantes.

2. Vigilancia y control de riesgos y daños: Implica el escrutinio continuo de los aspectos relativos a la ocurrencia y propagación de riesgos, exposiciones ambientales y los efectos sobre la salud, con articulación entre vigilancia e investigación de brotes epidémicos y modelos de presentación de enfermedades, accidentes y violencias.

3. Promoción de la salud y participación social: Es un proceso político y social global encaminado a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales, mitigando un impacto en la salud pública e individual.

4. Política, planificación, regulación y control: Se fundamenta en que todo sistema de salud debe estar en condiciones de ejercer sus funciones en relación con la gestión de las políticas y planes de salud, así como en las acciones de regulación y control o la gestión de los servicios.

5. Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos: Este atributo referente a dos de las funciones esenciales de la salud pública, alude a la promoción del

acceso efectivo de la población a los servicios de salud que requiere y esta provisión, además de organizada, debe eliminar todas las formas posibles de barreras y cumplir la calidad y seguridad expresadas en unos requerimientos básicos.

6. Salud internacional / global: Enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social, propone abordajes globales con implicaciones locales en un contexto en el que se contemplan los derechos, determinantes sociales, interculturalidad y la cooperación intersectorial, con el fin de mejorar la salud de todos los ciudadanos del mundo.

Junto a estos dominios transversalmente se definieron los siguientes atributos que deben estar considerados en cada dominio: planificación, gestión, evaluación, comunicación, liderazgo, investigación y Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (TIC). Con el fin de responder a la pregunta: ¿Qué debe saber, saber hacer y cómo debe ser el actuar del personal sanitario en lo que respecta a cada uno de los dominios sustantivos de la salud pública definidos?

(44)

6. MARCO METODOLÓGICO

6.1. TIPO DE ESTUDIO:

Estudio cualitativo basado en el Método Delphi. Este es un método cualitativo estructurado para recoger información sistemática de juicios de expertos sobre un problema, permite procesar la información a través de recursos estadísticos, construir un consenso general del grupo y transformar las apreciaciones individuales de los expertos en un juicio colectivo superior (45). Este método se basa en unos principios básicos: el proceso es iterativo realizado en diferentes rondas de consultas; requiere retroalimentación de los expertos, el anonimato de las respuestas tiene el propósito de la construcción de un consenso (46). Para llevar a cabo el método

Delphi es necesario definir el problema a abordar, tener un grupo coordinador que son los investigadores en sí mismos, los cuales se encargan de reclutar a los expertos, crear los cuestionarios, analizar las respuestas para generar una nueva ronda de preguntas que los lleve a analizar los datos y generar resultados cuantitativos que les permita elaborar un informe final y por último tener el grupo de expertos el cual se recluta dependiendo de las necesidades del estudio considerando su nivel de conocimiento, experiencia en determinada área, prestigio en el campo o si son expertos que están inmersos en la situación que se necesita investigar. El número de expertos que se considera desde este método generalmente no debe ser menor a 7 participantes y contar con un máximo de 30 participantes. (47)

Este método Delphi es útil en las ciencias de la salud para lograr una mejor comprensión de una situación desde perspectivas distintas o para poder llegar a un acuerdo y alcanzar un consenso en la situación problema planteada de la cual no se dispone de información concluyente, es incierta o le falta evidencia empírica (47)

Para la elaboración de los instrumentos que permitió recolectar la información, se partió de lo descrito en el año 2011, frente al Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP) en las Américas. Este MRCESP, fue validado con la participación de más de 240 profesionales de la salud y representantes de las autoridades sanitarias de 28 países de América Latina y permitió establecer el consenso de las competencias que se deberían cumplir en la gestión de la Salud Pública (44). A su vez, para el presente trabajo de investigación se realizó una validación de contenido al instrumento elaborado por las autoras por 3 expertos en metodología de la investigación y en política pública (Anexo 4). De acuerdo a esta validación, el instrumento inicial que constaba de 56 variables finalmente quedó con 37 distribuidas en los 6 dominios de la siguiente manera:

1. Análisis de situación de salud: Se establecieron 5 variables para medir las 9 competencias de este dominio.
2. Vigilancia y control de riesgos y daños: Se establecieron 9 variables para 14 competencias.
3. Promoción de la salud y participación social: Se establecieron 10 variables para medir 10 competencias.
4. Políticas, planificación, regulación y control: Se toman 5 variables de 7 planteadas inicialmente.
5. Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos: Se establecieron 6 variables para medir 8 competencias.
6. Salud internacional/ global: Se eligen 2 variables para medir las 8 competencias de este dominio.

Las variables eliminadas lo fueron en general por las siguientes situaciones: algunas se consideraron como “no esenciales” con la justificación de que las acciones que abarcan no hacen parte de las competencias prioritarias del profesional asistencial de Enfermería durante la pandemia; otras se eliminaron por ser generadoras de confusión y algunas se correspondían con las planteadas para medir otras competencias.

6.2. UNIVERSO – POBLACIÓN – MUESTRA

- **El universo** fueron los enfermeros que estaban trabajando en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Secretarías de Salud Municipal o Secretarías de Salud Departamental durante la pandemia.

- **La población** estuvo constituida por enfermeros que participaron en actividades de prevención, mitigación del contagio y atención de personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19.

- **La muestra** para la primera ronda fue de 21 enfermeros según los criterios de inclusión y exclusión, para la segunda ronda finalmente se conformó por 9 personas. De acuerdo al Método Delphi se esperaba que la muestra estuviera conformada con mínimo 7 profesionales de enfermería y máximo 30 (44, 45).

6.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Profesionales de enfermería que participaron en la gestión para el cuidado directo de la población con diagnóstico de COVID 19, en el control y mitigación del contagio en familias y comunidades.

6.4. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Profesionales de enfermería que estuvieron vinculados de forma exclusiva a la docencia durante la pandemia por COVID-19.

6.5. VARIABLES

6.5.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Competencias del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP): Análisis de situación de Salud; Vigilancia y control de riesgos y daños; Promoción de la salud y participación social; Políticas, planificación, regulación y control; Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos; Salud Internacional/ Global.

6.5.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

Aplicabilidad y relevancia.

6.5.3. OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el término **APLICABILIDAD** se puede definir como “*Emplear, administrar o poner en práctica un conocimiento, medida o principio, a fin de obtener un determinado efecto o rendimiento en alguien o algo*” (48). Teniendo en cuenta lo anterior, se presenta en la tabla 1 la operalización de las variables dependientes que fueron clasificadas en los seis dominios del MRCESP.

Tabla 1. Operalización de las variables de aplicabilidad para la gestión por enfermería del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública

Dominio 1: Análisis de situación de salud		
Índice (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Analizó los determinantes de salud de la población que atiende, documentando los riesgos y acceso a servicios que tienen frente a la pandemia.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
De acuerdo a sus funciones tuvo la oportunidad de generar información útil para evaluar el desempeño de los servicios de salud y el impacto de las intervenciones de cuidado en población con sospecha o diagnosticada con COVID-19.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo

Recomendó acciones de cuidado de la salud basadas en la evidencia e investigación para prevenir el contagio por COVID-19 a pacientes, comunidades y población en general.		En desacuerdo
Ha tenido la oportunidad de contribuir en el desarrollo de metodologías, tecnología o práctica, para la gestión y comunicación de información sobre COVID-19.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Le correspondió realizar capacitaciones de prevención y manejo del COVID-19 durante la pandemia.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo

Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños		
ÍNDICE (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Analizó amenazas, riesgos y daños en salud que trajo el COVID-19 que le permitiera aportar en la adecuada implementación y gestión del sistema de vigilancia.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Realizó uso de las redes, servicios y laboratorios de salud pública en el reporte de pacientes con COVID-19 que garantice la vigilancia y control de salud pública.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo

Realizó seguimiento de riesgos a las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 teniendo en cuenta los determinantes sociales de cada paciente y así identificar las necesidades de intervención.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Dentro de sus labores cotidianas detectó de manera oportuna los signos y síntomas de la pandemia por COVID-19 que le permitieron tomar acciones para controlar, reducir y mitigar sus efectos en la población.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Trabajó y se articuló de forma intersectorial para identificar síntomas y brotes, con el fin de mitigar los riesgos de contagio por COVID-19.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Comunicó a la población información relevante en la vigilancia y control de COVID-19 que permitiera identificar los riesgos, daños en salud y mejorar la eficacia de la respuesta local frente a esta situación.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Diseñó planes o intervenciones de gestión de riesgo sobre el COVID-19 para mitigar el efecto de éste en la salud.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
	Ordinal	De acuerdo

Ejecutó una respuesta inmediata para proteger la salud del paciente ante la amenaza que representa el COVID 19.		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Contribuyó en la planificación y ejecución de intervenciones posteriores al pico de la pandemia que permitan la rehabilitación y protección de la salud de la población.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Dominio 3: Promoción de la salud y participación social		
ÍNDICE (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Reconoce el valor y alcance que tienen los programas de promoción de la salud para lograr cambios positivos en la salud de los individuos y comunidad ante el COVID-19.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Aplicó herramientas de participación social con el enfoque de trabajo intersectorial mejorando la salud de las personas en la pandemia e impactando en las políticas públicas relacionadas a los determinantes sociales.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Realizó actividades de educación y alfabetización para la mejora en las prácticas de promoción de la salud enfocadas en el COVID 19.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo

		En desacuerdo
Diseñó estrategias de comunicación y de mercadeo social relacionados a la pandemia por COVID 19 fomentando cambios individuales y colectivos.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
En la práctica de la salud pública en el contexto del coronavirus aplicó las consideraciones éticas y los enfoques de competencia cultural.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Aplicó estrategias para fomentar el empoderamiento de la participación social y comunitaria en salud en la pandemia.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Trabajó en el desarrollo de estrategias para fortalecer la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios logrando cambios positivos.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Realizó la gestión para dar continuidad a las acciones para la promoción de la salud en el contexto del COVID 19.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo

Promovió la creación de espacios y procesos sociales participativos para proteger y comprender la salud, mejorando la capacidad de comprensión y control de la población con respecto a los servicios sociales y a las políticas públicas.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Participó en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de comunicación, educación e información sobre COVID 19 dirigidas a la población.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control		
ÍNDICE (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Participó en la gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen desempeño de los sistemas de salud.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Administró los recursos humanos, tecnológicos y financieros para el mejoramiento de la salud y el control de determinantes sociales.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
	Ordinal	De Acuerdo

Realizó evaluación de las necesidades y problemáticas de los individuos, familias y colectivos humanos sustentando intervenciones y optimizando resultados.		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Lideró grupos que participaran en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Realizó planificación y toma de decisiones como un proceso social, técnico y político para obtener mejores resultados en salud relacionados con la pandemia.	Ordinal	De Acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos		
ÍNDICE (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Participó en la toma de decisiones que permitieran el acceso a los servicios preventivos y asistenciales en salud.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
	Ordinal	De acuerdo

Implementó acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud frente al aislamiento social (tele-enfermería).		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Le correspondió realizar acciones para garantizar la calidad de los servicios de salud acordes con los estándares de seguridad.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Participó en la coordinación de redes integradas entre los distintos niveles teniendo en cuenta las RIAS para dar respuesta a los problemas de salud relacionados con el COVID-19.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Observó condiciones de seguridad en la atención de los pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 que aporten a programas de control y gestión de riesgo.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
	Ordinal	De acuerdo

De acuerdo a sus funciones realizó actividades que permitieron una participación social con enfoque multidisciplinario o comunitario orientadas a la prevención del contagio por COVID-19.		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
Dominio 6: Salud internacional/ Global		
ÍNDICE (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Su experiencia laboral y el conocimiento científico le permitieron identificar problemas relacionados con el control de los efectos de la pandemia sobre la salud de la población.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo
En su rol como profesional contribuyó con propuestas que facilitan un ambiente físico, psicosocial, cultural y espiritual que promueva la seguridad individual y colectiva en el contexto de la pandemia.	Ordinal	De acuerdo
		Parcialmente de acuerdo
		En desacuerdo

Fuente: Elaboración propia a partir del MRCESP.

Según el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el término **RELEVANCIA** se puede definir como “*Cualidad o condición de relevante, importancia, significación.*” (49). A continuación, en la tabla 2 se presenta la operacionalización de las variables dependientes clasificadas en seis dominios que obtuvieron menos del 75 % de aplicabilidad.

Tabla 2. Operalización de las variables de relevancia para la gestión por enfermería del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública

Dominio 1: Análisis de situación de salud		
Índice definición del indicador (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Generar información útil para evaluar el desempeño de los servicios de salud y el impacto de las intervenciones de cuidado en población con sospecha o diagnosticada con COVID-19.	Ordinal	Esencial
		Útil pero no esencial
		No necesario
Contribuir en el desarrollo de metodologías, tecnología o práctica, para la gestión y comunicación de información sobre COVID-19.	Ordinal	Esencial
		Útil pero no esencial
		No necesario
Realizar capacitaciones de prevención y manejo del COVID-19 durante la pandemia.	Ordinal	Esencial
		Útil pero no esencial
		No necesario

Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños		
ÍNDICE (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Analizar las amenazas, riesgos y daños en salud que trajo el COVID-19 para aportar en la adecuada implementación y gestión del sistema de vigilancia	Ordinal	Esencial
		Útil pero no esencial
		No necesario
Realizar uso de las redes, servicios y laboratorios de salud pública en el reporte de pacientes con COVID-19 para garantizar la vigilancia y control de salud pública.	Ordinal	Esencial
		Útil pero no esencial
		No necesario
	Ordinal	Esencial

Realizar seguimiento de riesgos a las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 teniendo en cuenta los determinantes sociales de cada paciente y así identificar las necesidades de intervención.		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Detectar de manera oportuna los signos y síntomas de la pandemia por COVID-19 para tomar acciones para controlar, reducir y mitigar sus efectos en la población.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Trabajar y generar articulación de forma intersectorial para identificar síntomas y brotes, con el fin de mitigar los riesgos de contagio por COVID-19.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Diseñar planes o intervenciones de gestión de riesgo sobre el COVID-19 para mitigar el efecto de éste en la salud.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Contribuir en la planificación y ejecución de intervenciones posteriores al pico de la pandemia para la rehabilitación y protección de la salud de la población.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Dominio 3: Promoción de la salud y participación social			
COMPETENCIA	ÍNDICE (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Aplicar herramientas de participación social con el enfoque de trabajo intersectorial mejorando la salud de las personas en la pandemia e impactando en las políticas públicas relacionadas a los determinantes sociales.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Realizar actividades de educación y alfabetización para la mejora en las prácticas de promoción de la salud enfocadas en el COVID 19.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
	Ordinal	Esencial	

Diseñar estrategias de comunicación y de mercadeo social relacionados a la pandemia por COVID 19 fomentando cambios individuales y colectivos.		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Aplicar las consideraciones éticas y los enfoques de competencia cultural en la práctica de la salud pública en el contexto del coronavirus.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Aplicar estrategias para fomentar el empoderamiento de la participación social y comunitaria en salud en la pandemia.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Trabajar en el desarrollo de estrategias para fortalecer la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios logrando cambios positivos.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Realizar gestión para dar continuidad a las acciones para la promoción de la salud en el contexto del COVID 19.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Promover la creación de espacios y procesos sociales participativos para proteger y comprender la salud, mejorando la capacidad de comprensión y control de la población con respecto a los servicios sociales y a las políticas públicas.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Participar en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de comunicación, educación e información sobre COVID 19 dirigidas a la población.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control			
COMPETENCIA	ÍNDICE (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Participar en la gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen desempeño de los sistemas de salud.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
	Ordinal	Esencial	

Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros para el mejoramiento de la salud y el control de determinantes sociales.		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Realizar evaluación de las necesidades y problemáticas de los individuos, familias y colectivos humanos sustentando intervenciones y optimizando resultados.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Liderar grupos que participaran en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Realizar planificación y toma de decisiones como un proceso social, técnico y político para obtener mejores resultados en salud relacionados con la pandemia.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos			
COMPETENCIA	ÍNDICE (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Participar en la toma de decisiones que permitieran el acceso a los servicios preventivos y asistenciales en salud.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Implementar acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud frente al aislamiento social (tele-enfermería).	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Realizar acciones para garantizar la calidad de los servicios de salud acordes con los estándares de seguridad.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	

		No necesario	
Participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos niveles teniendo en cuenta las RIAS para dar respuesta a los problemas de salud relacionados con el COVID-19.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Observar condiciones de seguridad en la atención de los pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 que aporten a programas de control y gestión de riesgo.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Realizar actividades que permitan una participación social con enfoque multidisciplinario o comunitario orientadas a la prevención del contagio por COVID-19.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Dominio 6: Salud internacional/ Global			
COMPETENCIA	ÍNDICE (DEFINICIÓN)	NIVEL DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA
Identificar problemas relacionados con el control de los efectos de la pandemia sobre la salud de la población.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	
Contribuir con propuestas que faciliten un ambiente físico, psicosocial, cultural y espiritual que promueva la seguridad individual y colectiva en el contexto de la pandemia.	Ordinal	Esencial	
		Útil pero no esencial	
		No necesario	

Fuente: Elaboración propia a partir del MRCESP.

6.6. RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de la información se realizó a través de dos rondas:

La primera ronda, consistió en identificar las características profesionales y laborales de los participantes y determinar la **aplicabilidad** de las competencias del MRCESP, para lo cual se realizó búsqueda de profesionales de enfermería que estuvieran relacionados con la atención de personas, familias o comunidades con sospecha o diagnóstico de COVID- 19, mediante un sistema de bola de nieve (muestreo por conveniencia) se logró detectar unidades muestrales a través de redes directas e indirectas de las investigadoras para cumplir el objetivo del estudio (46). En ese sentido, a estos profesionales contactados se les informó de la investigación y la importancia de la participación en la misma, en cuanto a que los resultados permitirán dar un aporte en la definición de competencias profesionales necesarias para la formación de profesionales de enfermería que puedan ser aplicadas durante emergencias sanitarias en salud con un enfoque en salud global. Una vez identificadas las primeras personas, se les pidió que refirieran otros expertos a quienes también se les contactó y estos a su vez llevaron a otros contactos. Luego de que dichos posibles participantes accedieron, se les envió por medio electrónico un enlace con las cláusulas del consentimiento informado y con la opción para aceptarlo o denegarlo. A quienes aceptaron, se les envió otro enlace que permitía el ingreso al formulario electrónico denominado “**PARTICIPACIÓN ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL COVID-19**”, en la plataforma de Google Forms como instrumento de recolección de la información en una escala tipo Likert: De acuerdo, Parcialmente de acuerdo, En desacuerdo (Anexo 1).

En caso de que la persona no comprendiera alguna de las preguntas, podía acceder a los correos electrónicos y números telefónicos de las investigadoras registrados en el mismo mensaje. Se les informó a los participantes que su identidad no sería reconocida al momento de proporcionar la información, teniendo en cuenta que el programa electrónico no se asocia a un correo electrónico. Además, se informó que los resultados podrían ser conocidos en eventos académicos, posiblemente en publicaciones de revistas científicas y asociaciones de enfermería interesadas en los resultados del estudio para definir las competencias formativas en la gestión de Políticas Públicas en Salud para la atención en emergencias sanitarias con enfoque global desde enfermería.

En la segunda ronda, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la fase inicial, se diseñó un segundo instrumento que permitió determinar la **relevancia** percibida por los profesionales con relación a las competencias que obtuvieron menos del 70% de aplicabilidad, además, se indagó sobre las posibles razones por las cuales las competencias no fueron aplicadas (Anexo 2). Se utilizó la escala tipo Likert: Esencial, Útil pero no esencial, No necesario.

6.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Para el análisis de la información se utilizó la base de datos Excel que contenía las competencias establecidas en el primer instrumento, arrojado por el formulario de la Plataforma Google Forms. A partir de esto, se realizó un análisis univariado mediante proporciones de las variables relacionadas con la APLICABILIDAD de los indicadores del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP y de las características profesionales y laborales del profesional de enfermería inmerso en el contexto de la situación emergente en salud relacionado con la pandemia por COVID-19.

De la misma forma se realizó el análisis de la segunda ronda relacionadas con la RELEVANCIA que tenía para los profesionales de enfermería los indicadores para la gestión de política pública cuando las competencias referidas tuvieron menos del 70% de aplicabilidad.

6.8. ASPECTOS ÉTICOS

A través de la presentación del protocolo de investigación, los instrumentos de recolección de datos, el formato de consentimiento informado, y demás soportes solicitados se obtuvo el aval por parte del Comité Institucional de Revisión de Ética Humana (CIREH) de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle, el cual está regido por la Resolución No. 8430 de 4 de octubre de 1993 del Ministerio de salud de Colombia que establece las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.

Para el desarrollo de este trabajo se tuvo en cuenta la aplicación del principio de la Autonomía, proponiendo la participación libre y voluntaria en el proyecto y la obtención del consentimiento informado por parte de cada uno de los individuos seleccionados, el cual se envió de manera electrónica a través de un enlace para conseguir su aceptación o su denegación (anexo 3). Adicionalmente se explicó a cada persona el objetivo del estudio, los beneficios y riesgos, aclarando que su participación podría interrumpirse en el momento en el que lo considerara, y podría retirarse de la investigación sin ningún perjuicio. Se garantizó absoluta confidencialidad sobre la información obtenida en los instrumentos dado que no se procesaron datos de identificación de las personas, esto fue posible gracias a que el enlace que dirigía al instrumento de recolección de información no estaba asociado a un correo electrónico, por tanto, no incluyó datos personales de los participantes. Se garantizó absoluta confidencialidad sobre la información obtenida en los instrumentos dado que no se procesaron datos de identificación de las personas, esto fue posible gracias a que el enlace que dirigía al instrumento de recolección de

información no estaba asociado a un correo electrónico, por lo tanto, no incluyó datos personales de los participantes.

Se tuvo en cuenta el principio de la beneficencia al explicar a la persona que posteriormente los resultados de la investigación podrían ser aplicados para el fortalecimiento y empoderamiento de la disciplina de enfermería ante entes gremiales, educativos y políticos. Además, a medida que se realizaron las encuestas, se aclararon dudas y se impartieron recomendaciones sobre los aspectos desconocidos del instrumento.

Para dar cumplimiento al principio de No Maleficencia, se tuvo en cuenta que el trabajo se consideró una investigación de riesgo mínimo, según la Resolución 8430 de 1993, la cual en su artículo 11 clasifica como investigación con riesgo mínimo a *“los estudios prospectivos que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios (...), pruebas psicológicas a grupos o individuos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico y registrados en este Ministerio o su autoridad delegada, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos que se definen en el artículo 55 de esta resolución”*(50). Como se mencionó anteriormente esta investigación fue de carácter anónimo y el cuestionario utilizado como método de recolección de información no estaba asociado a datos personales como correo electrónico o identificación, además esta información sólo fue analizada en el transcurso de la investigación que comprendió el periodo de noviembre del 2020 a febrero del 2022, después de concretar los resultados, se descartó la información que se encontraba en el formulario de Google.

6.8.1. CONFLICTO DE INTERESES

El presente estudio no generó conflicto de intereses, se trata de un estudio inédito, se aclara a las personas objeto de estudio que los resultados serán utilizados con fines académicos y además se guardará la identidad de los sujetos.

6.8.2 RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Los resultados de esta investigación permitieron dar un aporte en la definición de competencias necesarias para la formación de profesionales de enfermería que puedan ser aplicadas en la gestión de políticas públicas en salud y de esta manera afrontar las situaciones emergentes en salud global.

Como producto de esta investigación se espera presentar un artículo para ser sometido a publicación en revista indexada.

7. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de acuerdo con las dos fases en las cuales se desarrolló el estudio:

Resultados primera fase:

Caracterización sociodemográfica

La población participante tenía una edad promedio de 33 años, el 71% era de sexo femenino, la experiencia laboral promedio fue de 10 años, el 57% estaba trabajando en unidades de cuidado intensivo al momento del estudio. El promedio de tiempo en años de haber obtenido el título de pregrado es de 9 años. El 58% tenía estudios de posgrado, con importante relevancia que el 29% del total de los enfermeros estaba relacionado con la especialización en Cuidado Crítico del Adulto y también se encontraba trabajando en esta área. El 86% de los profesionales encuestados se desempeñó en el área asistencial durante la pandemia, mientras que el porcentaje restante ejercía funciones administrativas en secretarías de salud pública e instituciones de salud (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Caracterización sociodemográfica de los profesionales de enfermería participantes

Características	Indicadores	Porcentaje
Servicio donde labora	Unidad de Cuidados Intensivos	57%
	Hospitalización urgencias	5%
	Hospitalización sala COVID	5%
	Cuidados domiciliarios	5%
	Ambulatorios	9%

	Planeación y Calidad	14%
	Secretaría de Salud Pública	5%
Título de posgrado	Cuidado Crítico del Adulto	24%
	Cuidado Crítico del Adulto y Pedagogía	5%
	Gerencia de Servicios de Salud	14%
	Gerencia Social y Magíster en Educación	5%
	Auditoría en Salud	5%
	Epidemiología	5%

Fuente: Elaboración propia.

Aplicabilidad del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública por los profesionales de Enfermería

En cuanto a la ***aplicabilidad*** de las competencias, de forma general se puede establecer que las relacionadas con el dominio denominado *Análisis de situación de salud* son las que los profesionales de enfermería más aplican o ejercen dentro de su campo laboral, por otro lado, en menor proporción de aplicabilidad se evidencia el dominio relacionado con la *Equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos* seguido por el dominio *Políticas, planificación, regulación y control*.

Entre las competencias relacionadas con el *Análisis de la situación de salud*, es evidente de manera particular que el 95% de los profesionales de enfermería considera que recomendó acciones de cuidado de la salud basadas en la evidencia para prevenir el contagio por COVID-19

a pacientes, comunidades y población en general, a su vez, el 71% de los enfermeros analizó los Determinantes de Salud de la población que atiende documentando los riesgos y acceso a servicios frente a la pandemia. Por otro lado, las competencias con el porcentaje más bajo de aplicabilidad permitieron identificar que enfermería puede fortalecer su contribución desde aspectos tecnológicos y metodológicos para comunicar situaciones sobre el COVID-19, así como fortalecer su intervención a partir de capacitaciones para la prevención y manejo del contagio, acciones que obtuvieron un porcentaje del 62%, el cual sigue siendo alto en comparación con las competencias de otros dominios.

En el contexto de la *Vigilancia y control de riesgos y daños*, el 76% ejecutó una respuesta inmediata en diferentes situaciones para proteger la salud del paciente de la amenaza que representa el COVID-19, igualmente con una alta proporción, el 71% de los profesionales comunicó a la población información que permitiera al individuo y la comunidad identificar riesgos en salud con el fin de mejorar la respuesta local a las situaciones de contagio. En menor medida se encuentra el porcentaje de aplicabilidad del 29% para las acciones de seguimiento a riesgos de las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 desde una perspectiva de sus Determinantes Sociales para de esta manera poder identificar las necesidades de intervención.

En el dominio 3 que evalúa la *promoción de la salud y la participación social* se encuentra una competencia con fuerte aplicabilidad, siendo la segunda que más ejercen los profesionales, con un porcentaje del 86% de los participantes, el enfermero reconoce el valor y alcance que tienen los programas de promoción de la salud para lograr cambios positivos en la salud de los individuos y comunidad ante el COVID-19 y aunque se esperaría una similitud de aplicación en las demás competencias de este dominio, se observa que estas son calificadas por los profesionales con menos del 50% de aplicabilidad, en donde resaltan las relacionadas con

promover la creación de espacios y procesos sociales participativos para proteger y comprender la salud, mejorando la capacidad de comprensión y control de la población con respecto a los servicios sociales y a las políticas públicas (24%).

Según las competencias relacionada con *políticas, planificación, regulación y control* (dominio 4), se encuentra que en todas las competencias evaluadas hay una congruencia de baja aplicabilidad, pues ninguna supera el 60%, esto lleva a pensar que la profesión necesita potencializar su gestión en políticas y planes de salud, administración de recursos para el mejoramiento de la salud, planificar y tomar decisiones desde un proceso social y político para obtener mejores resultados de salud en la pandemia y definitivamente debe fortalecer la competencia relacionada con liderar grupos que participen en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19, pues esta competencia cuenta con un 24% de aplicabilidad.

En el dominio 5 que se refiere a la *equidad en el acceso y calidad en los servicios individuales y colectivos* y que anteriormente se mencionó como el dominio en general con menor aplicabilidad, se evidencia de las competencias medidas una aplicabilidad menor del 55% en similitud con el dominio 4, y ahí se establece que un 24% de los profesionales de enfermería participa en la coordinación de redes teniendo en cuenta las RIAS para dar respuesta a los problemas de salud, mientras un 29% implementó acciones de tele-enfermería para mejorar el acceso de salud a la población y según las demás competencias, se evidencia la oportunidad de reivindicarse que tiene la profesión en trabajar e implementar acciones desde su ejercicio profesional que permitan mejorar las brechas de atención en salud y la calidad de la atención sin distinción de grupos poblaciones y aseguramientos en salud.

Por último, en el dominio 6 de *salud internacional/global*, el 67% ve en su experiencia laboral y conocimiento científico un recurso que le permite identificar problemas en la salud de la población relacionado con los efectos de la pandemia y además el 57% contribuye desde su rol profesional con propuestas que facilitan un ambiente sano promoviendo la seguridad individual y colectiva. (Tabla 4).

Tabla 4. Aplicabilidad por enfermería del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública

COMPETENCIAS	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
Dominio 1: Análisis de situación de salud			
Analizó los determinantes de salud de la población que atiende, documentando los riesgos y acceso a servicios que tienen frente a la pandemia.	71%	24%	5%
De acuerdo a sus funciones tuvo la oportunidad de generar información útil para evaluar el desempeño de los servicios de salud y el impacto de las intervenciones de cuidado en población con sospecha o diagnosticada con COVID-19.	67%	14%	19%
Recomendó acciones de cuidado de la salud basadas en la evidencia e investigación para prevenir el contagio por COVID-19 a pacientes, comunidades y población en general.	95%	0	5%

Ha tenido la oportunidad de contribuir en el desarrollo de metodologías, tecnología o práctica, para la gestión y comunicación de información sobre COVID-19.	62%	9%	29%
Le correspondió realizar capacitaciones de prevención y manejo del COVID-19 durante la pandemia.	62%	14%	24%
Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños			
Analizó amenazas, riesgos y daños en salud que trajo el COVID-19 que le permitiera aportar en la adecuada implementación y gestión del sistema de vigilancia.	57%	24%	19%
Realizó uso de las redes, servicios y laboratorios de salud pública en el reporte de pacientes con COVID-19 que garantice la vigilancia y control de salud pública.	67%	14%	19%
Realizó seguimiento de riesgos a las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 teniendo en cuenta los determinantes sociales de cada paciente y así identificar las necesidades de intervención.	29%	38%	33%
Dentro de sus labores cotidianas detectó de manera oportuna los signos y síntomas de la pandemia por COVID-19 que le permitieron tomar acciones para controlar, reducir y mitigar sus efectos en la población	67%	28%	5%

Trabajó y se articuló de forma intersectorial para identificar síntomas y brotes, con el fin de mitigar los riesgos de contagio por COVID-19.	57%	14%	29%
Comunicó a la población información relevante en la vigilancia y control de COVID-19 que permitiera identificar los riesgos, daños en salud y mejorar la eficacia de la respuesta local frente a esta situación.	71%	10%	19%
Diseñó planes o intervenciones de gestión de riesgo sobre el COVID-19 para mitigar el efecto de éste en la salud.	52%	24%	24%
Ejecutó una respuesta inmediata para proteger la salud del paciente ante la amenaza que representa el COVID 19.	76%	19%	5%
Contribuyó en la planificación y ejecución de intervenciones posteriores al pico de la pandemia que permitan la rehabilitación y protección de la salud de la población.	47%	24%	28%
Dominio 3: Promoción de la salud y participación social			
Reconoce el valor y alcance que tienen los programas de promoción de la salud para lograr cambios positivos en la salud de los individuos y comunidad ante el COVID-19.	86%	14%	0

Aplicó herramientas de participación social con el enfoque de trabajo intersectorial mejorando la salud de las personas en la pandemia e impactando en las políticas públicas relacionadas a los determinantes sociales.	43%	28%	28%
3.3 Realizó actividades de educación y alfabetización para la mejora en las prácticas de promoción de la salud enfocadas en el COVID 19.	43%	19%	38%
3.4 Diseñó estrategias de comunicación y de mercadeo social relacionados a la pandemia por COVID 19 fomentando cambios individuales y colectivos.	43%	14%	43%
En la práctica de la salud pública en el contexto del coronavirus aplicó las consideraciones éticas y los enfoques de competencia cultural.	62%	19%	19%
Aplicó estrategias para fomentar el empoderamiento de la participación social y comunitaria en salud en la pandemia.	33%	33%	33%
Trabajó en el desarrollo de estrategias para fortalecer la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios logrando cambios positivos.	33%	14%	52%
3.8 Realizó la gestión para dar continuidad a las acciones para la promoción de la salud en el contexto del COVID 19.	43%	19%	38%

3.9 Promovió la creación de espacios y procesos sociales participativos para proteger y comprender la salud, mejorando la capacidad de comprensión y control de la población con respecto a los servicios sociales y a las políticas públicas.	24%	24%	52%
3.10 Participó en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de comunicación, educación e información sobre COVID 19 dirigidas a la población.	28%	28%	43%
Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control			
Participó en la gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen desempeño de los sistemas de salud.	29%	19%	52%
4.3 Administró los recursos humanos, tecnológicos y financieros para el mejoramiento de la salud y el control de determinantes sociales.	43%	14%	43%
4.4 Realizó evaluación de las necesidades y problemáticas de los individuos, familias y colectivos humanos sustentando intervenciones y optimizando resultados.	57%	14%	29%
4.5 Lideró grupos que participaran en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19.	24%	24%	52%

4.7 Realizó planificación y toma de decisiones como un proceso social, técnico y político para obtener mejores resultados en salud relacionados con la pandemia.	43%	19%	38%
Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos			
5.1 Participó en la toma de decisiones que permitieran el acceso a los servicios preventivos y asistenciales en salud.	43%	14%	43%
5.3 Implementó acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud frente al aislamiento social (tele-enfermería)	29%	19%	52%
5.4 Le correspondió realizar acciones para garantizar la calidad de los servicios de salud acordes con los estándares de seguridad.	52%	19%	29%
5.5 Participó en la coordinación de redes integradas entre los distintos niveles teniendo en cuenta las RIAS para dar respuesta a los problemas de salud relacionados con el COVID-19.	24%	19%	57%
5.6 Observó condiciones de seguridad en la atención de los pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 que aporten a programas de control y gestión de riesgo.	43%	14%	43%
5.8 De acuerdo con sus funciones realizó actividades que permitieron una participación social con enfoque multidisciplinario o comunitario orientadas a la prevención del contagio por COVID-19.	33%	19%	48%

Dominio 6: Salud internacional/ Global			
6.4 Su experiencia laboral y el conocimiento científico le permitieron identificar problemas relacionados con el control de los efectos de la pandemia sobre la salud de la población.	67%	24%	9%
6.7 En su rol como profesional contribuyó con propuestas que facilitan un ambiente físico, psicosocial, cultural y espiritual que promueva la seguridad individual y colectiva en el contexto de la pandemia.	57%	29%	14%

Fuente: Elaboración propia.

Resultados segunda Fase:

Relevancia del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública en la práctica de Enfermería

Un total de 9 profesionales contestaron la segunda ronda, la cual establece la relevancia que tiene cada una de las competencias del MRCESP por debajo del 70 % de aplicabilidad.

En primer lugar, se observa que los profesionales de Enfermería consideran todas las competencias que tuvieron una aplicabilidad menor del 70% entre “esenciales” o “útiles pero no esenciales”, 4 competencias fueron catalogadas sólo por una de las personas encuestadas como “no necesaria”, eso demuestra que la baja aplicabilidad no tiene una relación paralela con la relevancia que le da el profesional a las competencias del MRCESP.

En el *análisis de la situación de salud* (dominio 1), el 100% de los profesionales consideran relevante realizar capacitaciones de prevención y manejo del COVID-19 y en menor

proporción, el 67% considera relevante generar información útil para evaluar el desempeño de los servicios de salud y el impacto de las intervenciones de cuidado en pacientes COVID-19.

En el ámbito de la *vigilancia, control de riesgos y daños*, es relevante para el 100% de los encuestados analizar amenazas, riesgo y daños en salud que trajo el COVID- 19 que permita aportar en los sistemas de vigilancia y detectar de manera oportuna los signos y síntomas del virus que permita tomar acciones que controlen, reduzcan y mitiguen los efectos del COVID-19 en la población. En comparación, el 67% de los profesionales le dan relevancia a hacer seguimiento de riesgos con sospecha o diagnóstico de COVID- 19 teniendo en cuenta sus determinantes sociales para identificar las necesidades de intervención y evidencian igual relevancia en cuanto a contribuir en la planificación y ejecución de intervenciones posteriores al pico de la pandemia para la rehabilitación y protección de la salud de la población.

Frente a la *promoción de la salud y participación social* (dominio 3), el 100% considera relevante trabajar en estrategias para fortalecer la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios. En este mismo dominio, los profesionales otorgan menor relevancia a diseñar estrategias de comunicación y de mercadeo social relacionados a la pandemia por COVID 19 fomentando cambios individuales y colectivos.

En el dominio 4: *políticas, planificación regulación y control*, el 100% considera relevante participar en la gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen desempeño de los sistemas de salud. Solo el 56% de los profesionales de enfermería le dan relevancia a liderar grupos que participen en la formulación, planeación, ejecución de políticas y planes en salud pública durante situaciones emergentes de salud.

Referente al dominio 5: *equidad en el acceso y calidad en la atención*, a los profesionales de enfermería les parece totalmente relevante que se realicen acciones para mejorar la calidad en los servicios de salud acordes con los estándares de seguridad, para el 89 % es relevante participar en la toma de decisiones que permitieran el acceso a los servicios preventivos y asistenciales en salud y para el resto de competencias: implementar acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud frente al aislamiento social (tele-enfermería), participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos niveles teniendo en cuenta las RIAS para dar respuesta a los problemas de salud relacionados con el COVID-19 y por último realizar actividades que permitan una participación social con enfoque multidisciplinario o comunitario orientadas a la prevención del contagio por COVID-19 le dan una relevancia del 78%. La competencia con menor porcentaje de relevancia para este dominio fue observar condiciones de seguridad en la atención de los pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 que aporten a programas de control y gestión de riesgo con 67% de relevancia.

Finalmente, en el dominio 6, *salud internacional/global* el 67 % de los participantes le dieron relevancia a identificar problemas relacionados con el control de los efectos de la pandemia sobre la salud de la población y un 56% a contribuir con propuestas que faciliten un ambiente físico, psicosocial, cultural y espiritual que promueva la seguridad individual y colectiva en el contexto de la pandemia.

Tabla 5. Relevancia por los profesionales de Enfermería del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública

COMPETENCIAS	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
Dominio 1: Análisis de situación de salud			

Generar información útil para evaluar el desempeño de los servicios de salud y el impacto de las intervenciones de cuidado en población con sospecha o diagnosticada con COVID-19.	67%	33%	0%
Contribuir en el desarrollo de metodologías, tecnología o práctica, para la gestión y comunicación de información sobre COVID-19.	78%	22%	0%
Realizar capacitaciones de prevención y manejo del COVID-19 durante la pandemia.	100%	0%	0%
Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños			
Analizar las amenazas, riesgos y daños en salud que trajo el COVID-19 para aportar en la adecuada implementación y gestión del sistema de vigilancia.	100%	0%	0%
Realizar uso de las redes, servicios y laboratorios de salud pública en el reporte de pacientes con COVID-19 para garantizar la vigilancia y control de salud pública.	89%	11%	0%
Realizar seguimiento de riesgos a las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 teniendo en cuenta los determinantes sociales de cada paciente y así identificar las necesidades de intervención.	67%	33%	0%

Detectar de manera oportuna los signos y síntomas de la pandemia por COVID-19 para tomar acciones para controlar, reducir y mitigar sus efectos en la población.	100%	0%	0%
Trabajar y generar articulación de forma intersectorial para identificar síntomas y brotes, con el fin de mitigar los riesgos de contagio por COVID-19.	89%	11%	0%
Diseñar planes o intervenciones de gestión de riesgo sobre el COVID-19 para mitigar el efecto de éste en la salud.	89%	11%	0%
Contribuir en la planificación y ejecución de intervenciones posteriores al pico de la pandemia para la rehabilitación y protección de la salud de la población.	67%	22%	11%
Dominio 3: Promoción de la salud y participación social			
Aplicar herramientas de participación social con el enfoque de trabajo intersectorial mejorando la salud de las personas en la pandemia e impactando en las políticas públicas relacionadas a los determinantes sociales.	78%	22%	0%
Realizar actividades de educación y alfabetización para la mejora en las prácticas de promoción de la salud enfocadas en el COVID 19.	78%	22%	0%
Diseñar estrategias de comunicación y de mercadeo social relacionados a la pandemia por COVID 19 fomentando cambios individuales y colectivos.	67%	33%	0%

Aplicar las consideraciones éticas y los enfoques de competencia cultural en la práctica de la salud pública en el contexto del coronavirus.	78%	22%	0%
Aplicar estrategias para fomentar el empoderamiento de la participación social y comunitaria en salud en la pandemia.	89%	11%	0%
Trabajar en el desarrollo de estrategias para fortalecer la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios logrando cambios positivos.	100%	0%	0%
Realizar gestión para dar continuidad a las acciones para la promoción de la salud en el contexto del COVID 19.	78%	22%	0%
Promover la creación de espacios y procesos sociales participativos para proteger y comprender la salud, mejorando la capacidad de comprensión y control de la población con respecto a los servicios sociales y a las políticas públicas.	78%	22%	0%
Participar en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de comunicación, educación e información sobre COVID 19 dirigidas a la población.	78%	22%	0%
Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control			

Participar en la gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen desempeño de los sistemas de salud.	100%	0%	0%
Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros para el mejoramiento de la salud y el control de determinantes sociales.	67%	33%	0%
Realizar evaluación de las necesidades y problemáticas de los individuos, familias y colectivos humanos sustentando intervenciones y optimizando resultados.	78%	22%	0%
Liderar grupos que participaran en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19.	56%	33%	11%
Realizar planificación y toma de decisiones como un proceso social, técnico y político para obtener mejores resultados en salud relacionados con la pandemia.	67%	22%	11%
Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos			
Participar en la toma de decisiones que permitieran el acceso a los servicios preventivos y asistenciales en salud.	89%	11%	0%
Implementar acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud frente al aislamiento social (tele-enfermería).	78%	22%	0%

Realizar acciones para garantizar la calidad de los servicios de salud acordes con los estándares de seguridad.	100%	0%	0%
Participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos niveles teniendo en cuenta las RIAS para dar respuesta a los problemas de salud relacionados con el COVID-19.	78%	22%	0%
Observar condiciones de seguridad en la atención de los pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 que aporten a programas de control y gestión de riesgo.	67%	22%	11%
Realizar actividades que permitan una participación social con enfoque multidisciplinario o comunitario orientadas a la prevención del contagio por COVID-19.	78%	22%	0%
Dominio 6: Salud internacional/ Global			
Identificar problemas relacionados con el control de los efectos de la pandemia sobre la salud de la población	67%	33%	0%
Contribuir con propuestas que faciliten un ambiente físico, psicosocial, cultural y espiritual que promueva la seguridad individual y colectiva en el contexto de la pandemia.	56%	44%	0%

Fuente: Elaboración propia.

Respecto a las observaciones que manifestaron los participantes en cuanto al bajo porcentaje de aplicabilidad de algunas competencias, se encontró la influencia del ámbito de desempeño del profesional, aspectos inherentes a la pandemia y las prioridades que se establecieron en los servicios en el marco de las diferentes medidas para afrontar de la forma más acertada posible la emergencia sanitaria, a continuación, se recopilan algunos de los comentarios que más llamaron la atención.

- *“Probablemente se priorizaron otras competencias”*
- *“Puede ser por el tipo de servicio o ámbito de desempeño”*
- *“Otro interés institucional”*
- *“La necesidad de guías de manejo de acuerdo con lo que plantea la evidencia”*
- *“La respuesta social de las comunidades no fue juiciosa”*
- *“La falta de información al enfrentar un agente etiológico desconocido”*
- *“Falta de agremiación”*
- *“Es más el hacer que el conocer”*
- *“El seguimiento se prioriza en el marco de la prevención y las acciones de cuidado al tratamiento”*
- *“El enfoque del sistema es otro, hubo desviación de recursos, los datos generados no eran confiables y el enfoque de nuestro sistema de salud no es la promoción y prevención”*
- *“Limitación en el aforo y novedades con incapacidades no permiten que las capacitaciones estas se realicen de manera eficaz”*

- *“Algunos medios de comunicación o servicios atraen toda la atención de la población menospreciando algunos canales que aportan más conocimiento sobre un tema de interés común”.*

8. DISCUSIÓN

En lo relativo a las variables sociodemográficas los resultados encontrados se corresponden con los hallazgos a nivel nacional. Con un promedio de 33 años de edad para la muestra del presente estudio, existe concordancia frente a los reportes del Sistema de Seguridad Social en Salud y la información registrada en el ReTHUS (Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud) para el 2018, en los que la mayor proporción de profesionales de enfermería en Colombia (44%) se ubicó en el rango de 25 a 34 años (51). Con relación al índice de feminidad en enfermería, para el 2019 se reportó que el 80% de los profesionales eran mujeres (51), cifra por encima de la presentada para esta investigación en la que las mujeres conforman un porcentaje del 71% de la muestra, sin embargo, sigue siendo ésta una cifra mayoritaria. En cuanto al porcentaje de profesionales con posgrado, el 58% de los participantes contaban con posgrado, dato que coincide exactamente con el reportado en la investigación de Vidal et al. (2020) (52). Así mismo la información del número de graduados entre el 2001 y 2017 para el nivel de especialización en Colombia (51), muestra que el área del conocimiento más solicitada es el Cuidado Crítico, con más del 50% de los enfermeros especialistas ubicados en esta área, lo que es conforme con los hallazgos de este estudio en el que la mitad de los profesionales con posgrado eran especialistas en Cuidado Crítico.

Acerca de la correspondencia de las competencias del MRCESP con la gestión de enfermería durante la pandemia, el mayor porcentaje de aplicabilidad (Tabla 6) por los profesionales de enfermería fue para la competencia de *“recomendar acciones de cuidado de la*

salud basadas en la evidencia e investigación para prevenir el contagio por COVID-19 a pacientes, comunidades y población en general” con un 95 % y adicional a ésta la competencia “*analizar los determinantes de salud de la población que atiende, documentando los riesgos y acceso a servicios que tienen frente a la pandemia*” que obtuvo un porcentaje de 71% , dando como evidencia que en el “*análisis de la situación de salud (Dominio 1)*” en Colombia, los profesionales de enfermería tienen un accionar crítico y evaluativo en concordancia con las características poblacionales desde el enfoque de los determinantes sociales en salud, para tomar decisiones y generar estrategias de cuidado en el marco de la pandemia; estos resultados con consecuentes con lo encontrado por Vidal et al. en 2020 (52) quienes identificaron que la mayoría de las competencias requeridas por los profesionales de Enfermería en el dominio mencionado se encontraban con un rango alto de ejecución en sus labores profesionales.

De la misma manera, en el análisis del *segundo dominio* del MRCESP, se encontró que la mayoría de los profesionales de enfermería “*ejecutó una respuesta inmediata para proteger la salud del paciente ante la amenaza que representa el COVID 19*” y “*comunicó a la población información relevante en la vigilancia y control de COVID-19 que permitiera identificar los riesgos, daños en salud y mejorar la eficacia de la respuesta local frente a esta situación*” (Tabla 6); demostrando que la *vigilancia y control de riesgos y daños*, se constituye como parte inherente del quehacer enfermero y de su eje central, sin el cual no tendría su razón de ser la Salud Pública, el Cuidado y el fomentar autocuidado.

Como segunda competencia con mayor aplicabilidad (Tabla 6), *relativa al tercer dominio*, el 86% de los participantes estuvieron de acuerdo con la *promoción de la salud*, demostrando una conciencia de la importancia de este concepto como herramienta en la atención de salud, determinante del buen funcionamiento de los sistemas sanitarios a nivel global, sin

embargo, los profesionales demostraron menor aplicabilidad hacia las demás competencias que implicaban acciones concretas encaminadas hacia esta meta en el marco de la pandemia por COVID-19, lo cual coincidió también por lo encontrado en el estudio de Vidal et al. (52).

Sutherland y Fulton (53) afirman que las actividades de promoción de la salud están “dirigidas a transformar los comportamientos de los individuos, focalizando sus estilos de vida y localizándolos en el seno de las familias y las actividades en el ambiente de las “culturas” de la comunidad donde se encuentran”. Este tipo de acciones durante la pandemia demostraron ser el enfoque más efectivo de los países para lograr un control y se denominó enfoque de “responsabilidad colectiva” (54). Los profesionales tuvieron en cuenta este aspecto durante la pandemia, algo que puede ser atribuido a su formación, pero probablemente pudo significar una barrera, el hecho de que la mayoría de los profesionales participantes en el estudio, se desempeñaron en el área asistencial, con mayor cantidad de enfermeros laborando en Unidades de Cuidados Intensivos, lo que se pudo ver reflejado en comentarios como “no corresponde a mi área de desempeño” o “no es el enfoque del sistema de salud”; de igual manera expresaron contar con barreras inherentes a la situación de la pandemia como el establecimiento de otras prioridades, al igual que ocurrió con otras competencias y lo evidenciado por la afirmación “la respuesta de la población no fue juiciosa” en una clara referencia a la escasa información existente sobre la enfermedad, a lo que se añadió al fenómeno de la infodemia (55) que influyó significativamente en la respuesta de la población a las recomendaciones de los colaboradores de la salud.

En relación con el *dominio cuarto: políticas, planificación, regulación y control*, se evidencia que es relevante para los profesionales ejercer su disciplina desde la “*gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen*

desempeño de los sistemas de salud”, no obstante, fue un aspecto que se vio limitado para los profesionales durante la pandemia (Tablas 7 y 8), a diferencia de lo reportado por Vidal et al. (52). Cabe resaltar el comentario de uno de los profesionales: “la desviación de recursos impide la realización de esta actividad”, lo cual se presenta como una barrera del sistema, puesto que la salud pública y las instituciones sanitarias están influenciadas por el espacio político y social que les rodea, siendo este ámbito otro espacio del conflicto social gobernado por el Estado (56). A pesar de ello, este hallazgo supone un llamado a fortalecer una de las competencias que obtuvo menor porcentaje de aplicabilidad y coincidió en tener uno de los menores porcentajes de relevancia (Tablas 7 y 9) para los profesionales participantes: *“ejercer desde el rol enfermero liderazgo en grupos que participen en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública”*; a lo que se debería añadir *“realizar planificación y toma de decisiones como un proceso social, técnico y político para obtener mejores resultados en salud”* como competencia articulada a la anterior y que obtuvo igualmente bajo porcentaje de relevancia para los profesionales que se desempeñaron durante la pandemia. Esto se traduce en el compromiso que debe adquirir enfermería sea cual sea el área donde el profesional se desempeñe, surge también aquí la importancia de la agremiación, con el fin ejercer dicho rol político y de esta manera impactar en su contexto social para mejorar el estado de salud de la población que atiende.

Adicionalmente se evidencia que enfermería, como pionera en estrategias educativas y en el desarrollo de habilidades blandas para generar desde la creatividad y la recursividad alternativas que mejoran el acceso a la atención en salud, presenta una necesidad de dar respuesta a las necesidades del mundo actual mediante el uso de las estrategias tecnológicas y comprender que hoy por hoy, éste se volvió el espacio más usado para compartir la información y atender a

las necesidades de los individuos y comunidades, lo cual se pone de manifiesto al observar la baja aplicabilidad (Tabla 7) que obtuvo la competencia “*implementar acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud frente al aislamiento social (tele-enfermería)*”.

Finalmente, llama la atención tanto la aplicabilidad como relevancia que enfermería le da al *dominio de Salud Internacional/ Global*, que fue proporcional a lo encontrado por el estudio de Vidal et al. (52), dado que se presentan porcentajes moderadamente bajos en comparación con los demás dominios, y esto es algo que debe generar debate desde los procesos curriculares pues, la Salud Global, ha cobrado especial protagonismo en el sentido en que los asuntos de la salud traspasan fronteras, y si en un país se presenta alguna situación sanitaria, se afectan los demás, lo cual se reafirmó durante la pandemia del COVID-19, por lo cual, los profesionales de enfermería tienen este nuevo desafío, de responder desde la formación y ejercer el cuidado de las poblaciones con esta visión global.

Estos análisis interpretados desde la perspectiva de aprendizajes que nos deja la pandemia permiten establecer que el campo de acción de enfermería en la Salud Pública es amplio y se involucra en todos los componentes de este enfoque, cuya dimensión gana visibilidad por la situación de salud actual y se vuelve de carácter global.

Es así como el MRCEP, en el que se basó la presente investigación, que define las Competencias Esenciales en Salud Pública para la fuerza de trabajo en salud, logra ser aplicado a los profesionales de enfermería y se evidencia cómo el liderazgo de estos profesionales es fuerza que moviliza todo el sistema y si bien, se observan importantes avances, la pandemia, supuso un cambio de prioridades y unos desafíos que transitorios o no, llevaron a cuestionar la preparación de los profesionales desde su formación y desde las políticas públicas que orientan su actuar para afrontar esta emergencia sanitaria.

Para lograr el tercer Objetivo de Desarrollo Sostenible “Salud y Bienestar”, el rol del profesional de enfermería es entonces indispensable y el reconocimiento de su labor, así como de las necesidades de formación son parte de un conjunto de iniciativas que buscan dar respuesta a este objetivo, teniendo en cuenta además las transformaciones que surjan por los procesos de globalización e integración económica, intensificados por las situaciones emergentes en salud.

En ese contexto, el presente estudio permitió evidenciar cuál es la aplicabilidad y la relevancia de las competencias esenciales en Salud Pública para los profesionales de enfermería, aunque existen unas condiciones que influyeron en el desempeño de los profesionales frente a este marco, las cuales se sugiere profundizar en futuras investigaciones, con el fin de que las estrategias de formación estén a la vanguardia de las demandas que exigen ser cumplidas por los enfermeros y enfermeras cuya vocación es el cuidado.

Tabla 6. Competencias que obtuvieron el mayor porcentaje de aplicabilidad

Dominio	Competencia	Porcentaje de enfermeros que aplicaron la competencia
Dominio 1: Análisis de situación de salud	Recomendó acciones de cuidado de la salud basadas en la evidencia e investigación para prevenir el contagio por COVID-19 a pacientes, comunidades y población en general.	95%
	Analizó los determinantes de salud de la población que atiende, documentando los riesgos y acceso a servicios que tienen frente a la pandemia.	71%
Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños	Ejecutó una respuesta inmediata para proteger la salud del paciente ante la amenaza que representa el COVID 19.	76%
	Comunicó a la población información	71%

	relevante en la vigilancia y control de COVID-19 que permitiera identificar los riesgos, daños en salud y mejorar la eficacia de la respuesta local frente a esta situación.	
Dominio 3: Promoción de la salud y participación social	Reconoce el valor y alcance que tienen los programas de promoción de la salud para lograr cambios positivos en la salud de los individuos y comunidad ante el COVID-19.	86%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 7. Competencias que obtuvieron el menor porcentaje de aplicabilidad

Dominio	Competencia	Porcentaje de enfermeros que no aplicaron la competencia
Dominio 3: Promoción de la salud y participación social.	Trabajó en el desarrollo de estrategias para fortalecer la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios logrando cambios positivos.	52%
	Promovió la creación de espacios y procesos sociales participativos para proteger y comprender la salud, mejorando la capacidad de comprensión y control de la población con respecto a los servicios sociales y a las políticas públicas.	52%
Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control.	Participó en la gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen desempeño de los sistemas de salud.	52%
	Lideró grupos que participaran en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19.	52%

Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos.	Participó en la coordinación de redes integradas entre los distintos niveles teniendo en cuenta las RIAS para dar respuesta a los problemas de salud relacionados con el COVID-19.	57%
	Implementó acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud frente al aislamiento social (tele-enfermería)	52%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 8. Competencias que obtuvieron el mayor porcentaje de relevancia

Dominio	Competencia	Porcentaje de calificación “Esencial”
Dominio 1: Análisis de situación de salud	Realizar capacitaciones de prevención y manejo del COVID-19 durante la pandemia.	100%
Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños	Analizar las amenazas, riesgos y daños en salud que trajo el COVID-19 para aportar en la adecuada implementación y gestión del sistema de vigilancia.	100%
	Detectar de manera oportuna los signos y síntomas de la pandemia por COVID-19 para tomar acciones para controlar, reducir y mitigar sus efectos en la población.	100%
Dominio 3: Promoción de la salud y participación social	Trabajar en el desarrollo de estrategias para fortalecer la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios logrando cambios positivos.	100%
Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control	Participar en la gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen desempeño de los sistemas de salud.	100%

Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos	Realizar acciones para garantizar la calidad de los servicios de salud acordes con los estándares de seguridad.	100%
--	---	------

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 9. Competencias que obtuvieron el menor porcentaje de relevancia

Dominio	Competencia	Porcentaje de calificación “Útil pero no esencial” y “no necesario”
Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños	Contribuir en la planificación y ejecución de intervenciones posteriores al pico de la pandemia para la rehabilitación y protección de la salud de la población.	33%
Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control	Liderar grupos que participaran en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19.	44%
	Realizar planificación y toma de decisiones como un proceso social, técnico y político para obtener mejores resultados en salud relacionados con pandemia.	33%
Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos	Observar condiciones de seguridad en la atención de los pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 que aporten a programas de control y gestión de riesgo.	33%

Fuente: Elaboración propia.

8. CONCLUSIONES

- Enfermería les da importancia a las competencias en Salud Pública en el contexto de la pandemia, lo cual se ve reflejado en la relevancia, pero no es congruente frente a la aplicabilidad por múltiples factores como lo son la formación, las condiciones laborales, del sistema de salud y la gobernanza.
- Existe una relación estrecha entre los resultados de aplicabilidad con el grupo profesional que se aborde, en este caso se observó menor aplicabilidad de las competencias relacionadas con la promoción de la salud, dado que la mayoría de los profesionales participantes tenían el área clínica y específicamente el cuidado crítico como área de desempeño.
- Si bien, otras competencias como establecer coordinación de redes integradas entre los distintos niveles, la gestión de política pública y las acciones de tele- enfermería para facilitar el acceso al sistema de salud durante la pandemia, pudieron verse interferidas por aspectos relacionados con la agudización de otras necesidades y prioridades de la población, se encuentra que hay un reconocimiento de la importancia de estas acciones por parte de los profesionales y una aplicación por al menos la mitad de los participantes independiente de su área de desempeño.
- Se requiere empoderar al profesional de enfermería en su formación frente al ejercicio de su liderazgo en los procesos de análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19, ya que se observa un bajo nivel de aplicabilidad, pero también de reconocimiento de su relevancia, siendo éste un aspecto transversal y de

alta incidencia en el ejercicio de la enfermería, en los sistemas de salud y en el bienestar de las poblaciones.

- La fuerza que toma la Salud Pública en el marco de situaciones emergentes en salud impulsa la profesión para que se ponga a la vanguardia y asuma retos desde esta visión.

9. RECOMENDACIONES

- La virtualidad sigue siendo un reto para realizar investigaciones y es importante recuperar espacios presenciales en este tipo de estudios cualitativos donde la visión de los expertos es esencial y la retroalimentación hacia ellos es importante. Además, se sugiere que las rondas de consultas se realicen en periodos de tiempo más cortos para evitar perder varios participantes en el proceso.
- Promover este tipo de investigaciones permite establecer una perspectiva de la situación actual de enfermería y su preparación para afrontar situaciones emergentes en salud, no obstante, dado que este último aspecto toma especial protagonismo, se requiere profundizar a partir de los aprendizajes en pandemia y tener en cuenta las barreras y facilitantes en la aplicación de las competencias para tomar decisiones a futuro desde las instituciones de formación y agremiación con el objetivo de construir condiciones que permitan el despliegue de todas las potencialidades del cuidado de enfermería en el fortalecimiento de los sistemas de salud.
- Es importante también realizar investigaciones respecto a la forma en que se están formulando los currículos en enfermería e identificar la relevancia que se le

está dando a las acciones en salud global y las competencias en salud pública para la formación de los futuros profesionales.

10. ANEXOS



ANEXO 1: INSTRUMENTO 1

Cuestionario para las características profesionales y laborales de los enfermeros participantes

1. Sexo: Masculino /Femenino

2. Edad ____ años

3. Años de experiencia laboral: ____ años

4. Servicio donde labora: _____

4. Título de pregrado: _____

Título de posgrado: _____

☐ Especialista

☐ Maestría

☐ Doctorado

☐ Otros Cuál: _____

5. Tiempo en años de haber obtenido el título de pregrado: ____ años

***“PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL MARCO REGIONAL DE
COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL COVID-19”***

Dominio 1: Análisis de situación de salud			
Evaluación de la situación de salud de las poblaciones, con sus tendencias, en relación con el estudio y definición de sus factores determinantes.			
Índice	De Acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
Utilizó las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para determinar qué población es más vulnerable al contagio por COVID-19			
Analizó los determinantes de salud de la población que atiende, documentando los riesgos y acceso a servicios que tienen frente a la pandemia			
Respondió a las necesidades de salud de la población en función de la emergencia de salud pública que representa el contagio por COVID-19			
Aportó información útil que permita evaluar el desempeño de los servicios de salud y el impacto de las intervenciones de cuidado en población con sospecha o diagnosticada con COVID-19			
Recomendó acciones de cuidado de la salud basadas en la evidencia e investigación para prevenir el contagio por COVID-19 a pacientes, comunidades y población en general			
Contribuyó en el desarrollo de metodologías, tecnología o práctica, para la gestión y			

comunicación de información sobre COVID-19			
Realizó capacitaciones de prevención y manejo del COVID-19 en la cual transfiere conocimiento, experiencias y herramientas para analizar la situación de pandemia que atraviesa el país Ordinal			
Identificó alianzas estratégicas y recursos con otros sectores y disciplinas para mejorar estadísticas de contagio por COVID-19 a nivel local, nacional y que influya a nivel global			
Hizo uso de la información, investigación y conocimientos que ha adquirido en su práctica profesional para mejorar la atención de pacientes con sospecha o diagnosticados con Covid-19 y contribuir al bienestar de la población			
Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños Escrutinio continuo de los aspectos relativos a la ocurrencia y propagación de riesgos, exposiciones ambientales y los efectos sobre la salud, con articulación entre vigilancia e investigación de brotes epidémicos y modelos de presentación de enfermedades, accidentes y violencias			
Índice	De Acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
Contribuyó en el análisis de amenazas, riesgos y daños en salud que trajo el COVID-19 para diseñar un sistema efectivo de vigilancia y control de riesgos en salud pública			
Realizó uso de las redes, servicios y laboratorios de salud pública en el reporte de pacientes con COVID-19 que garantice la			

vigilancia y control de salud pública.			
Realizó seguimiento de riesgos a las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 teniendo en cuenta los determinantes sociales de cada paciente y así identificar las necesidades de intervención.			
Reconoció los riesgos y amenazas tiene el COVID-19 en la salud de la población y es capaz de determinar si la persona necesita una intervención mediata o inmediata y así influir en una respuesta oportuna del sistema de salud.			
Recomendó acciones de cuidado de la salud basadas en la evidencia e investigación para prevenir el contagio por COVID-19 a pacientes, comunidades y población en general			
Detectó de manera oportuna los signos y síntomas de la pandemia por COVID-19 que le permitieron tomar acciones para controlar, reducir y mitigar sus efectos en la población			
Comunicó a la población información relevante en la vigilancia y control de COVID-19 que permitiera a identificar los riesgos, daños en salud y mejorar la eficacia de la respuesta local frente a esta situación			
Participó en investigaciones biomédicas, sociodemográficas, ambientales u operativas que estudiaran los riesgos, amenazas y daños en salud del COVID-19			
Fue capaz de determinar y evaluar las fallas que tiene el sistema de vigilancia y control en salud			

pública frente a las acciones que está tomando para mitigar el COVID-19 y así garantizar la mejora continua del sistema			
Fue capaz de estimar el riesgo y la dimensión que tiene el COVID-19 en la salud de la población			
Diseñó planes o intervenciones de gestión de riesgo sobre el COVID-19 para mitigar el efecto de este en la salud			
Participó en proyectos de inversión para reducir el riesgo de contagio por COVID-19			
Fue capaz de estimar el riesgo del COVID-19 y dar una respuesta inmediata en la amenaza que este supone en la salud de la población			
Contribuyó en la planificación y ejecución de intervenciones posteriores al pico de la pandemia que permitan la rehabilitación y protección de salud de la población			
Dominio 3: Promoción de la salud y participación social Es un proceso político y social global encaminado a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales, mitigando un impacto en la salud pública e individual			
Índice	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
Usted logró cambios positivos en la salud de los individuos y la comunidad teniendo en cuenta el enfoque y el alcance de la promoción de la salud ante el COVID 19			
Aplicó herramientas de participación social con el enfoque de trabajo intersectorial mejorando la salud de las personas en la pandemia e impactando en las políticas públicas relacionadas a los determinantes sociales			

Analizó la relación de complementariedad entre la educación y la alfabetización de la salud mejorando mejoras en las prácticas de promoción de la salud enfocadas en el COVID 19			
Diseñó estrategias de comunicación y de mercadeo social relacionados a la pandemia por COVID 19 fomentando cambios individuales y colectivos			
En la práctica de la salud pública en el contexto del coronavirus aplicó las consideraciones éticas y los enfoques de competencia cultural.			
Aplicó estrategias para fomentar el empoderamiento de la participación social y comunitaria en salud en la pandemia.			
Trabajó en el desarrollo de estrategias para fortalecer la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios logrando cambios positivos.			
Evaluó la efectividad de las acciones de promoción de la salud en el contexto del COVID 19			
Promovió la creación de espacios y procesos sociales participativos para proteger y comprender la salud, mejorando la capacidad de comprensión y control de la población con respecto a los servicios sociales y a las políticas públicas.			
Participó en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de comunicación, educación e información sobre COVID 19 dirigidas a la población.			

Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control Todo sistema de salud debe estar en condiciones de ejercer sus funciones en relación con la gestión de las políticas y planes de salud, así como en las acciones de regulación y control o la gestión de los servicios.			
Índice	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
Aplicó elementos conceptuales, técnicos y metodológicos que fundamente la gestión de políticas públicas contribuyendo a la garantía de la equidad y del derecho a la salud			
Protegió en toda política pública en el marco de COVID 19 el derecho a la salud			
Administró los recursos humanos, tecnológicos y financieros para el mejoramiento de la salud y el control de determinantes sociales.			
Realizó evaluación de las necesidades y problemáticas de los individuos, familias y colectivos humanos sustentando intervenciones y optimizando resultados.			
Lideró grupos que participarán en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19			
Participó en la gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen desempeño de los sistemas de salud.			
Reconoce la planificación y la toma de decisiones como un proceso social, técnico y político			

garantizando obtener mejores resultados en salud en relación a la pandemia			
Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos Este atributo referente a dos de las funciones esenciales de la salud pública alude a la promoción del acceso efectivo de la población a los servicios de salud que requiere y esta provisión, además de organizada, debe eliminar todas las formas posibles de barreras y cumplir la calidad y seguridad expresadas en unos requerimientos básicos.			
Índice	De acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
Participó en la aplicación de medidas y acciones que tengan en cuenta los determinantes sociales en salud (Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales)			
Participó en procesos de evaluación de los recursos y propuesto acciones frente a la forma en cómo se distribuyen los mismos en pro de una mayor eficiencia del control de la pandemia.			
Implementó acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud frente al aislamiento social (tele-enfermería)			
Recomendó cambios en las políticas, procedimientos y directrices al visibilizar barreras en la atención frente a determinadas situaciones que implican el control de la pandemia.			
Participó en el planteamiento de estrategias para el control de la pandemia que se han dado en articulación con diferentes niveles de atención en salud.			
Participó en la evaluación de estándares de seguridad y protección para prevenir el contagio por COVID-19.			

Propuso y se adhirió a estrategias para promover los derechos individuales y grupales frente a las situaciones en salud en el contexto de la pandemia.			
Perteneció o pertenece a algún colectivo interdisciplinario que trabaje con poblaciones vulnerables a nivel comunitario en el control del contagio por COVID-19			
Dominio 6: Salud internacional/ Global Enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social, propone abordajes globales con implicaciones locales en un contexto en el que se contemplan los derechos, determinantes sociales, interculturalidad y la cooperación intersectorial, con el fin de mejorar la salud de todos los ciudadanos del mundo.			
Índice	De acuerdo	Parcialment e de acuerdo	En desacuerdo
Considera que las acciones tomadas para el control de COVID -19 fueron suficientes para prevenir el contagio.			
Participó en la construcción de programas que permitieran la capacitación del personal de salud frente a los desafíos nacionales e internacionales que plantee la enfermedad COVID-19.			
Participó en eventos de formación derivados de la investigación de carácter multinacional.			
Su experiencia laboral y el conocimiento científico le permitieron identificar problemas relacionados con el control de los efectos de la pandemia sobre la salud de la población.			

Participó en la construcción de iniciativas para el control y prevención del COVID-19 respetando la diversidad cultural.			
Contribuyó en la atención de migrantes, minorías étnicas y poblaciones en frontera, para la atenuación, erradicación y/o control del contagio por COVID- 19.			
En su rol como profesional contribuyó con propuestas que facilitan un ambiente físico, psicosocial, cultural y espiritual que promueva la seguridad individual y colectiva en el contexto de la pandemia.			
Reconoció en su experiencia durante el control de la pandemia la importancia de establecer alianzas con programas de salud internacional para efectuar cambios a nivel local, nacional e internacional.			



ANEXO 2: INSTRUMENTO 2

“RELEVANCIA DE LAS COMPETENCIAS DEL MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL COVID-19 PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19”

COMPETENCIAS	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario
Dominio 1: Análisis de situación de salud			
Generar información útil para evaluar el desempeño de los servicios de salud y el impacto de las intervenciones de cuidado en población con sospecha o diagnosticada con COVID-19.			
Contribuir en el desarrollo de metodologías, tecnología o práctica, para la gestión y comunicación de información sobre COVID-19.			
Realizar capacitaciones de prevención y manejo del COVID-19 durante la pandemia.			
Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños			
Analizar las amenazas, riesgos y daños en salud que trajo el COVID-19 para aportar en la adecuada implementación y gestión del sistema de vigilancia.			
Realizar uso de las redes, servicios y laboratorios de salud pública en el reporte de pacientes con COVID-19 para garantizar la vigilancia y control de salud pública.			

Realizar seguimiento de riesgos a las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 teniendo en cuenta los determinantes sociales de cada paciente y así identificar las necesidades de intervención.			
Detectar de manera oportuna los signos y síntomas de la pandemia por COVID-19 para tomar acciones para controlar, reducir y mitigar sus efectos en la población.			
Trabajar y generar articulación de forma intersectorial para identificar síntomas y brotes, con el fin de mitigar los riesgos de contagio por COVID-19.			
Diseñar planes o intervenciones de gestión de riesgo sobre el COVID-19 para mitigar el efecto de éste en la salud.			
Contribuir en la planificación y ejecución de intervenciones posteriores al pico de la pandemia para la rehabilitación y protección de la salud de la población.			
Dominio 3: Promoción de la salud y participación social			
Aplicar herramientas de participación social con el enfoque de trabajo intersectorial mejorando la salud de las personas en la pandemia e impactando en las políticas públicas relacionadas a los determinantes sociales.			
Realizar actividades de educación y alfabetización para la mejora en las prácticas de promoción de la salud enfocadas en el COVID 19.			
Diseñar estrategias de comunicación y de mercadeo social relacionados a la pandemia por COVID 19 fomentando cambios individuales y colectivos.			

Aplicar las consideraciones éticas y los enfoques de competencia cultural en la práctica de la salud pública en el contexto del coronavirus.			
Aplicar estrategias para fomentar el empoderamiento de la participación social y comunitaria en salud en la pandemia.			
Trabajar en el desarrollo de estrategias para fortalecer la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios logrando cambios positivos.			
Realizar gestión para dar continuidad a las acciones para la promoción de la salud en el contexto del COVID 19.			
Promover la creación de espacios y procesos sociales participativos para proteger y comprender la salud, mejorando la capacidad de comprensión y control de la población con respecto a los servicios sociales y a las políticas públicas.			
Participar en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de comunicación, educación e información sobre COVID 19 dirigidas a la población.			
Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control			
Participar en la gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen desempeño de los sistemas de salud.			
Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros para el mejoramiento de la salud y el control de determinantes sociales.			

Realizar evaluación de las necesidades y problemáticas de los individuos, familias y colectivos humanos sustentando intervenciones y optimizando resultados.			
Liderar grupos que participaran en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19.			
Realizar planificación y toma de decisiones como un proceso social, técnico y político para obtener mejores resultados en salud relacionados con la pandemia.			
Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos			
Participar en la toma de decisiones que permitieran el acceso a los servicios preventivos y asistenciales en salud.			
Implementar acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud frente al aislamiento social (tele-enfermería).			
Realizar acciones para garantizar la calidad de los servicios de salud acordes con los estándares de seguridad.			
Participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos niveles teniendo en cuenta las RIAS para dar respuesta a los problemas de salud relacionados con el COVID-19.			
Observar condiciones de seguridad en la atención de los pacientes con sospecha o diagnóstico de COVID-19 que aporten a programas de control y gestión de riesgo.			
Realizar actividades que permitan una participación social con enfoque			

multidisciplinario o comunitario orientadas a la prevención del contagio por COVID-19.			
Dominio 6: Salud internacional/ Global			
Identificar problemas relacionados con el control de los efectos de la pandemia sobre la salud de la población			
Contribuir con propuestas que faciliten un ambiente físico, psicosocial, cultural y espiritual que promueva la seguridad individual y colectiva en el contexto de la pandemia.			



ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto: “*PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL COVID-19*”

Las investigadoras, Itsa Valentina Acosta Aguilar, Andrea Naranjo Berrio y Laura Isabel Taborda Vasquez, estudiantes de Enfermería de la Universidad del Valle, realizarán una investigación que pretende determinar la participación de enfermería en la “**GESTIÓN DEL MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL COVID-19**”.

Esta investigación tiene como propósito dar un aporte a un consenso para incluir la formación de competencias esenciales en salud pública en los profesionales de enfermería y que las mismas puedan ser aplicadas en la gestión de políticas públicas en salud y afrontar las situaciones emergentes en salud global. Para lograr este propósito se requiere la participación mínima de 7 enfermeros profesionales y máximo 30.

Si usted participa en este estudio debe contestar una encuesta realizada por las investigadoras que se encuentra en un formulario de Google y en el cual sus respuestas serán completamente anónimas ya que no le solicitará un correo electrónico ni ninguna información de identificación personal, esta encuesta tendrá una duración aproximada 60 minutos, para conocer **la aplicabilidad** del Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública durante su experiencia en la atención de personas, familias o comunidades con sospecha o diagnóstico de

COVID-19; los datos proporcionados por usted serán registrados en un cuestionario escrito, que no incluya su nombre; las investigadoras le asignarán un código o número al cuestionario que contiene sus datos, es decir, su nombre no se dará a conocer en ningún momento, esto le garantiza que nadie se enterará de lo que usted contestó en la encuesta. De acuerdo a los resultados de esta encuesta inicial es probable que le solicitemos el favor responder una segunda encuesta que tendrá el propósito conocer la **relevancia** que usted considera tienen cada una de las competencias del Marco mencionado, el diligenciamiento de este segundo cuestionario le tomará probablemente 30 minutos. No se requerirá que usted participe en ningún otro procedimiento experimental o no experimental.

La información dada sólo será utilizada para la investigación y los resultados de esta le serán dados a conocer y serán utilizados únicamente con fines académicos y para beneficio de los profesionales y estudiantes en formación de Enfermería.

Su participación en la investigación es voluntaria, usted puede decidir no participar por cualquier razón teniendo en cuenta que no tiene implicaciones con su situación laboral. Usted también puede abandonar el estudio en cualquier momento.

Usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en el estudio, ni tampoco le representa costo alguno; esta investigación es considerada sin riesgo. Sin embargo, su participación es muy importante porque usted y todos los enfermeros quienes podrán beneficiarse en el futuro gracias a lo que se encuentre en este estudio. De igual manera se requiere su autorización para utilizar los datos de este estudio para estudios posteriores en caso de que los resultados obtenidos lo requieran. También tendrá el derecho a conocer los resultados globales a través de los eventos académicos en los cuales se presentarán los resultados.

Se le enviará copia del consentimiento informado, al correo electrónico que brindó al ser contactado y haber accedido a participar en el proyecto de investigación

Si tiene alguna pregunta o desea más información, favor comunicarse a los siguientes números de teléfono y al correo electrónico de las investigadoras, las cuales les explicaran por estos medios las dudas que desee formular

Itsa Valentina acosta, 3122399848, itsa.acosta@correounivalle.edu.co

Laura Isabel Taborda, 3004085570, taborda.laura@correounivalle.edu.co

Andrea Naranjo, 3023977156, naranjo.andrea@correounivalle.edu.co

Si desea consultar sobre las consideraciones éticas del proyecto, usted puede comunicarse al correo de comité institucional de revisión de ética humana CIREH de la facultad de salud - Universidad del Valle, eticasalud@correounivalle.edu.co; o a los teléfonos 5187677- 5185670

Autoriza el uso de información que brindó a la investigación de carácter anónimo, para estudios posteriores en caso de que los resultados obtenidos así lo requieran; si está de acuerdo marque la opción “SI” de lo contrario marque la opción “NO”

Si decide participar en el estudio por favor dé clic en el enlace “ACEPTO”, de lo contrario de clic en la opción “NO ACEPTO” [4].].



ANEXO 4: SOLICITUD REVISIÓN DE EXPERTOS

UNIVERSIDAD DEL VALLE

ESCUELA DE ENFERMERÍA

Estimado Experto: Usted ha recibido un ejemplar del Instrumento ***“PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL COVID-19”*** realizado por las autoras **Itsa Valentina Acosta Aguilar, Laura Isabel Taborda Vasquez y Andrea Naranjo Berrio**, basado en el Marco Regional de competencias de Salud Pública en las Américas, con el propósito de identificar la participación de enfermería en la gestión de política pública en salud relacionada con la pandemia por COVID-19 de acuerdo al Marco Regional de Competencias Esenciales en Salud Pública (MRCESP). A continuación, presentamos una breve descripción de lo que implica la validez de contenido y las indicaciones para realizar la evaluación del instrumento.

Validez de Contenido: Consiste en evaluar si los ítems incluidos en el instrumento representan adecuadamente los dominios o factores del concepto que se pretende medir (Sánchez & Echeverry, 2004) (47). Hace referencia a la pertinencia, precisión y relevancia de los ítems frente al constructo que se va a medir. Para este caso específico si los ítems son pertinentes, precisos y relevantes para estimar ¿Cuál es la aplicabilidad y la relevancia que otorga enfermería

a las competencias esenciales en Salud Pública durante la pandemia por COVID-19? Los ítems fueron extraídos y analizados según las Competencias Esenciales en Salud Pública establecidas por la OPS para la fuerza laboral en salud.

Por favor evalúe el contenido de la escala teniendo en cuenta los siguientes criterios: esencial, útil pero no esencial y no necesario (estos criterios por favor asócielos con la competencia medida) Si usted considera que alguno de los ítems es “*útil pero no esencial*” o “*no necesario*” por favor indique sus razones en la casilla de observaciones.

VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO: “PARTICIPACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL MARCO REGIONAL DE COMPETENCIAS ESENCIALES EN SALUD PÚBLICA DURANTE EL COVID-19”

Dominio 1: Análisis de situación de salud					
Evaluación de la situación de salud de las poblaciones, con sus tendencias, en relación con el estudio y definición de sus factores determinantes.					
Competencia	Índice	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observaciones
1.1 Utilizar las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para generar evidencia sobre la situación de salud de la población y de los grupos en situación de vulnerabilidad y riesgo.	Utilizó las estadísticas vitales y los indicadores básicos de salud para determinar qué población es más vulnerable al contagio por COVID-19				
1.2 Analizar sistemáticamente la situación y tendencias de la salud poblacional y sus determinantes, para documentar desigualdades en riesgos, resultados y acceso a los servicios.	Analizó los determinantes de salud de la población que atiende, documentando los riesgos y acceso a servicios que tienen frente a la pandemia				
1.3 Establecer prioridades de salud pública para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la caracterización de riesgo y la demanda por servicios de salud.	Respondió a las necesidades de salud de la población en función de la emergencia de salud pública que representa el contagio por COVID-19				
1.4 Generar información útil para la evaluación del desempeño de los servicios de salud y del impacto de las intervenciones poblacionales.	Aportó información útil que permita evaluar el desempeño de los servicios de salud y el impacto de las intervenciones de cuidado en				

	población con sospecha o diagnosticada con COVID-19				
1.5 Recomendar acciones en favor de la salud para diferentes audiencias, públicos y usuarios del sistema de salud, basadas en evidencia y en el nuevo conocimiento que se genere a través de la investigación.	Recomendó acciones de cuidado de la salud basadas en la evidencia e investigación para prevenir el contagio por COVID-19 a pacientes, comunidades y población en general				
1.6 Desarrollar metodologías, tecnologías, y buenas prácticas para la gestión, análisis y comunicación de información sobre salud.	Contribuyó en el desarrollo de metodologías, tecnología o práctica, para la gestión y comunicación de información sobre COVID-19				
1.7 Transferir conocimientos, experiencias y herramientas para el análisis de la situación de salud a través de supervisión capacitante, capacitación en servicio y educación permanente	Realizó capacitaciones de prevención y manejo del COVID-19 en la cual transfiere conocimiento, experiencias y herramientas para analizar la situación de pandemia que atraviesa el país Ordinal				
1.8 Identificar mecanismos de articulación, alianzas estratégicas y recursos entre sectores clave y disciplinas para promover el mejoramiento de los registros y las estadísticas de salud desde el nivel local hasta el nivel global	Identificó alianzas estratégicas y recursos con otros sectores y disciplinas para mejorar estadísticas de contagio por COVID-19 a nivel local, nacional y que influya a nivel global				

1.9 Administrar la información, la investigación y los demás conocimientos relacionados con la práctica cotidiana para mejorar los resultados de las acciones en salud y contribuir al bienestar de la población.	Hizo uso de la información, investigación y conocimientos que ha adquirido en su práctica profesional para mejorar la atención de pacientes con sospecha o diagnosticados con Covid-19 y contribuir al bienestar de la población				
Dominio 2: Vigilancia y control de riesgos y daños Escrutinio continuo de los aspectos relativos a la ocurrencia y propagación de riesgos, exposiciones ambientales y los efectos sobre la salud, con articulación entre vigilancia e investigación de brotes epidémicos y modelos de presentación de enfermedades, accidentes y violencias					
Competencia	Índice	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observaciones
2.1 Analizar las amenazas, riesgos y daños a la salud para el diseño e implementación de un efectivo sistema de vigilancia y control de riesgos y daños en salud pública.	Contribuyó en el análisis de amenazas, riesgos y daños en salud que trajo el COVID-19 para diseñar un sistema efectivo de vigilancia y control de riesgos en salud pública.				
2.2 Gestionar las redes, los servicios y laboratorios de salud pública para garantizar la viabilidad de la vigilancia y el control en salud pública.	Realizó uso de las redes, servicios y laboratorios de salud pública en el reporte de pacientes con COVID-19 que garantice la vigilancia y control de salud pública.				
2.3 Realizar el seguimiento de los riesgos y las amenazas, en el marco de los determinantes sociales de la salud y de la ocurrencia de daños, para conocer su comportamiento en el tiempo e identificar las necesidades de intervención.	Realizó seguimiento de riesgos a las personas con sospecha o diagnóstico de COVID-19 teniendo en cuenta los determinantes sociales de cada paciente y así identificar las necesidades de intervención.				

2.4 Definir los riesgos, amenazas y daños en salud que ameritan intervenciones inmediatas y mediatas, para garantizar la respuesta rápida y oportuna del sistema de salud.	Reconoció riesgos y amenazas tiene el COVID-19 en la salud de la población y es capaz de determinar si la persona necesita una intervención mediata o inmediata y así influir en una respuesta oportuna del sistema de salud.				
2.5 Detectar precozmente los brotes y epidemias para ejecutar acciones, para controlar, reducir o mitigar sus efectos sobre la población.	Detectó de manera oportuna los signos y síntomas de la pandemia por COVID-19 que le permitieron tomar acciones para controlar, reducir y mitigar sus efectos en la población.				
2.6 Articular las acciones de vigilancia y respuesta con los diferentes niveles, sectores y ciudadanía, para enfrentar los riesgos, amenazas y daños en salud.	Recomendó acciones de cuidado de la salud basadas en la evidencia e investigación para prevenir el contagio por COVID-19 a pacientes, comunidades y población en general.				
2.7 Comunicar la información relevante de la vigilancia a los diversos actores del sistema y la población para mejorar la eficacia de la respuesta local y global frente a los riesgos, amenazas y daños en salud.	Comunicó a la población información relevante en la vigilancia y control de COVID-19 que permitiera a identificar los riesgos, daños en salud y mejorar la eficacia de la respuesta local frente a esta situación.				
2.8 Realizar investigación biomédica, sociodemográfica, ambiental y operativa con precisión y objetividad para explicar los riesgos, amenazas y daños en salud, así como evaluar la respuesta social frente a los mismos.	Participó en investigaciones biomédicas, sociodemográficas, ambientales u operativas que estudiaran los riesgos, amenazas y daños en salud del COVID-19.				

2.9 Evaluar los procesos críticos relacionados al sistema de vigilancia y control en salud pública de manera permanente y sistemática para garantizar su mejora continua y la solución oportuna a los problemas priorizados.	Fue capaz de determinar y evaluar las fallas que tiene el sistema de vigilancia y control en salud pública frente a las acciones que está tomando para mitigar el COVID-19 y así garantizar la mejora continua del sistema.				
2.10 Elaborar la estimación del riesgo de desastres para determinar su dimensión.	Fue capaz de estimar el riesgo y la dimensión que tiene el COVID-19 en la salud de la población.				
2.11 Diseñar planes de gestión del riesgo de desastres ante amenazas naturales, tecnológicas y biológicas para mitigar el efecto de éstos en la salud.	Diseñó planes o intervenciones de gestión de riesgo sobre el COVID-19 para mitigar el efecto de este en la salud				
2.12 Diseñar proyectos de inversión para la reducción del riesgo de desastres en salud	Participó en proyectos de inversión para reducir el riesgo de contagio por COVID-19.				
2.13 Ejecutar la respuesta inmediata ante amenazas, riesgos y daños por desastres de acuerdo con la estimación del riesgo para proteger la salud.	Fue capaz de estimar el riesgo del COVID-19 y dar una respuesta inmediata en la amenaza que este supone en la salud de la población.				
2.14 Planificar y ejecutar la reconstrucción post desastres de acuerdo con la identificación del daño para la rehabilitación inmediata y protección de la salud de la población.	Contribuyó en la planificación y ejecución de intervenciones posteriores al pico de la pandemia que permitan la rehabilitación y protección de salud de la población.				

Dominio 3: Promoción de la salud y participación social Es un proceso político y social global encaminado a fortalecer las habilidades y capacidades de las personas para modificar las condiciones sociales, económicas y ambientales, mitigando un impacto en la salud pública e individual					
Competencia	Índice	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observaciones
3.1 Valorar el enfoque y el alcance de la promoción de la salud, diferenciándola de otros paradigmas, para lograr cambios positivos en la salud de los individuos y la comunidad.	Usted logró cambios positivos en la salud de los individuos y la comunidad teniendo en cuenta el enfoque y el alcance de la promoción de la salud ante el COVID 19				
3.2 Aplicar las herramientas de participación social y el enfoque de trabajo intersectorial para mejorar la salud e impactar las políticas públicas relacionadas a los determinantes sociales.	Aplicó herramientas de participación social con el enfoque de trabajo intersectorial mejorando la salud de las personas en la pandemia e impactando en las políticas públicas relacionadas a los determinantes sociales				
3.3 Analizar las relaciones de complementariedad entre la educación para la salud y la alfabetización en salud para establecer mejores prácticas de promoción de la salud.	Analizó la relación de complementariedad entre la educación y la alfabetización de la salud mejorando mejoras en las prácticas de promoción de la salud enfocadas en el COVID 19				
3.4 Diseñar estrategias de comunicación en salud y mercadeo social para fomentar cambios individuales y colectivos.	Diseñó estrategias de comunicación y de mercadeo social relacionados a la pandemia por COVID 19 fomentando cambios individuales y colectivos				

3.5 Reconocer las consideraciones éticas vinculadas a los enfoques de competencia cultural para aplicarlas en la práctica de la salud pública en diferentes contextos	En la práctica de la salud pública en el contexto del coronavirus aplicó las consideraciones éticas y los enfoques de competencia cultural.				
3.6 Aplicar las modalidades y mecanismos que fomentan el empoderamiento para lograr participación social y comunitaria en salud.	Aplicó estrategias para fomentar el empoderamiento de la participación social y comunitaria en salud en la pandemia.				
3.7 Desarrollar estrategias con el enfoque de promoción de la salud para el desarrollo de alianzas y la consolidación de redes en la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios.	Trabajó en el desarrollo de estrategias para fortalecer la atención primaria en salud y en los servicios comunitarios logrando cambios positivos.				
3.8 Evaluar la efectividad de las acciones de promoción de la salud para lograr cambios a nivel comunitario, en política pública y en la estructura social a favor de la salud y la calidad de vida.	Evaluó la efectividad de las acciones de promoción de la salud en el contexto del COVID 19				
3.9 Promover la creación y el fortalecimiento de espacios y procesos sociales participativos en relación con la comprensión y protección de la salud, para mejorar la capacidad de la población para comprender y controlar los servicios sociales y las políticas públicas.	Promovió la creación de espacios y procesos sociales participativos para proteger y comprender la salud, mejorando la capacidad de comprensión y control de la población con respecto a los servicios sociales y a las políticas públicas.				

3.10 Participar activamente en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de cabildeo, información, comunicación y educación dirigidas a las comunidades y los tomadores de decisión para contribuir al empoderamiento de la población en la formulación, evaluación y control de políticas, planes y programas de salud.	Participó en el diseño, ejecución y evaluación de estrategias de comunicación, educación e información sobre COVID 19 dirigidas a la población.				
Dominio 4: Políticas, planificación, regulación y control Todo sistema de salud debe estar en condiciones de ejercer sus funciones en relación con la gestión de las políticas y planes de salud, así como en las acciones de regulación y control o la gestión de los servicios.					
Competencia	Índice	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observaciones
4.1 Aplicar los elementos conceptuales, técnicos y metodológicos básicos que fundamentan la gestión de políticas para contribuir a la garantía de la equidad y del derecho a la salud.	Aplicó elementos conceptuales, técnicos y metodológicos que fundamente la gestión de políticas públicas contribuyendo a la garantía de la equidad y del derecho a la salud				
4.2 Proteger en toda política pública sectorial o extra sectorial el derecho a la salud como un derecho humano fundamental para el bienestar integral de la población.	Protegió en toda política pública en el marco de COVID 19 el derecho a la salud				
4.3 Administrar los recursos humanos, tecnológicos y financieros requeridos para el mejoramiento de la salud y el control de sus determinantes para mejorar el desempeño, la equidad y la	Administró los recursos humanos, tecnológicos y financieros para el mejoramiento de la salud y el control de determinantes sociales.				

inclusión de los sistemas de salud con un enfoque de atención primaria.					
4.4 Evaluar las necesidades y problemáticas de los individuos, las familias y los colectivos humanos para sustentar las decisiones de intervención y optimizar sus resultados.	Realizó evaluación de las necesidades y problemáticas de los individuos, familias y colectivos humanos sustentando intervenciones y optimizando resultados.				
4.5 Liderar grupos interdisciplinarios que participen de forma articulada en el análisis, formulación, ejecución y evaluación, de las políticas, planes y programas en salud pública para garantizar los derechos de la población y el buen funcionamiento de los sistemas de salud desde la perspectiva de determinantes sociales.	Lideró grupos que participarán en el análisis, formulación, ejecución y evaluación de políticas, planes y programas de salud pública en el contexto de la pandemia del COVID 19				
4.6 Participar en la gestión de políticas y planes de salud para contribuir a garantizar el derecho a la salud, la equidad y el buen desempeño de los sistemas de salud.	Participó en la gestión de políticas y planes de salud contribuyendo a la garantía del derecho a la salud, equidad y al buen desempeño de los sistemas de salud.				
4.7 Reconocer la planificación y la toma de decisiones como un proceso social, técnico y político para garantizar la obtención de los mejores resultados en salud.	Reconoce la planificación y la toma de decisiones como un proceso social, técnico y político garantizando obtener mejores resultados en salud en relación a la pandemia				

Dominio 5: Equidad en el acceso, y calidad en los servicios individuales y colectivos Este atributo referente a dos de las funciones esenciales de la salud pública alude a la promoción del acceso efectivo de la población a los servicios de salud que requiere y esta provisión, además de organizada, debe eliminar todas las formas posibles de barreras y cumplir la calidad y seguridad expresadas en unos requerimientos básicos.					
Competencia	Índice	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observaciones
5.1 Respaldo los principios de equidad, en el marco del enfoque de determinantes sociales, al diseñar e implementar políticas y acciones para mejorar el acceso a los servicios preventivos y asistenciales de salud.	Participó en la aplicación de medidas y acciones que tengan en cuenta los determinantes sociales en salud (Condiciones socioeconómicas, culturales y medioambientales)				
5.2 Implementar planes, estrategias y acciones que aumenten la equidad de la provisión de servicios, para alcanzar eficacia social, efectividad sanitaria y eficiencia distributiva de los recursos necesarios en la atención de salud a la población.	Participó en procesos de evaluación de los recursos y propuesto acciones frente a la forma en cómo se distribuyen los mismos en pro de una mayor eficiencia del control de la pandemia.				
5.3 Diseñar planes e implementar prácticas que impulsen el mejoramiento continuo en la calidad de los servicios para contribuir al fortalecimiento de la gestión y atención de salud.	Implementó acciones para mejorar el acceso a los servicios de salud frente al aislamiento social (tele-enfermería)				
5.4 Promover garantías de calidad en los servicios de salud acordes con estándares de seguridad en la gestión y prácticas asistenciales,	Recomendó cambios en las políticas, procedimientos y directrices al visibilizar barreras en la atención frente a determinadas				

para reducir las brechas e inequidades existentes en la atención de salud a la población.	situaciones que implican el control de la pandemia.				
5.5 Participar en la coordinación de redes integradas entre los distintos ámbitos y niveles de atención para mejorar la respuesta del conjunto del sistema a los problemas de salud de la población.	Participó en el planteamiento de estrategias para el control de la pandemia que se han dado en articulación con diferentes niveles de atención en salud.				
5.6 Identificar condiciones mínimas o básicas de seguridad en la atención a las personas, para el diseño e implementación de programas y actividades de control y gestión de los riesgos inherentes a la provisión de servicios de salud.	Participó en la evaluación de estándares de seguridad y protección para prevenir el contagio por COVID-19.				
5.7 Abogar por un trato digno y el derecho de las personas al acceso oportuno, a su privacidad y a la confidencialidad de la información en todas las etapas y procesos de atención en salud.	Propuso y se adhirió a estrategias para promover los derechos individuales y grupales frente a las situaciones en salud en el contexto de la pandemia.				
5.8 Estimular y participar en equipos multidisciplinarios con enfoque comunitario y sensibilidad social para el mejoramiento continuo de la organización y funcionamiento de los servicios de salud.	Perteneció o pertenece a algún colectivo interdisciplinario que trabaje con poblaciones vulnerables a nivel comunitario en el control del contagio por COVID-19				
Dominio 6: Salud internacional/ Global Enfoque transdisciplinario que aborda la salud desde la perspectiva del derecho universal a la salud y el bienestar social, propone abordajes globales con implicaciones locales en un contexto en el que se contemplan los derechos, determinantes sociales, interculturalidad y la cooperación intersectorial, con el fin de mejorar la salud de todos los ciudadanos del mundo.					

Competencia	Índice	Esencial	Útil pero no esencial	No necesario	Observaciones
6.1 Reconocer las dimensiones globales de las acciones locales en materia de salud para avanzar en la responsabilidad global.	Considera que las acciones tomadas para el control de COVID -19 fueron suficientes para prevenir el contagio.				
6.2 Reconocer las implicaciones locales de los eventos globales en materia de salud para entender la interconectividad global y su impacto en las condiciones de salud poblacional.	Participó en la construcción de programas que permitieran la capacitación del personal de salud frente a los desafíos nacionales e internacionales que plantee la enfermedad COVID-19.				
6.3 Promover iniciativas intersectoriales de naturaleza trasnacional para superar inequidades sanitarias e implementar intervenciones efectivas.	Participó en eventos de formación derivados de la investigación de carácter multinacional.				
6.4 Analizar de forma crítica la naturaleza cambiante, los factores clave y los recursos que configuran la salud global para influir en las reformas en materia de salud, bienestar y seguridad social en las Américas.	Su experiencia laboral y el conocimiento científico le permitieron identificar problemas relacionados con el control de los efectos de la pandemia sobre la salud de la población.				
6.5 Contrastar diferentes sistemas de prestación de servicios y sus implicaciones en los usuarios, que reflejen la naturaleza diversa de los	Participó en la construcción de iniciativas para el control y prevención del COVID-19 respetando la diversidad cultural.				

contextos político, organizacional y económico, para utilizar estas experiencias en mejorar el acceso, la regulación y el financiamiento de los sistemas de salud.					
6.6 Contribuir de manera efectiva a la atención de grupos en situación de vulnerabilidad, en particular migrantes, viajeros, minorías étnicas transnacionales y poblaciones en frontera, para la atenuación, erradicación y/o control de problemas de salud globales.	Contribuyó en la atención de migrantes, minorías étnicas y poblaciones en frontera, para la atenuación, erradicación y/o control del contagio por COVID- 19.				
6.7 Respetar y valorar la diversidad cultural, el trabajo regional y la cooperación técnica global e intersectorial para el desarrollo de iniciativas integrales que redunden en la mejora de la atención a la salud de las poblaciones.	En su rol como profesional contribuyó con propuestas que facilitan un ambiente físico, psicosocial, cultural y espiritual que promueva la seguridad individual y colectiva en el contexto de la pandemia.				
6.8 Utilizar fondos económicos de programas de salud internacional y los resultados de la investigación en salud global para la formulación e implementación de intervenciones que redunden en acciones locales para el beneficio de la salud de la población.	Reconoció en su experiencia durante el control de la pandemia la importancia de establecer alianzas con programas de salud internacional para efectuar cambios a nivel local, nacional e internacional.				

ANEXO 5: HOJA DE VIDA DE LAS INVESTIGADORAS

Hoja de vida del Investigador			
Nombre	MARGOT CONSUELO BURBANO LÓPEZ		
Título de pregrado	ENFERMERA		
Títulos de Postgrado:	ESPECIALISTA EN CUIDADO CRÍTICO DEL ADULTO MAGISTER EN ENFERMERÍA		
Vinculación con el proyecto	Investigador Principal:		
Asesor Metodológico:	Co-Investigador:	Director de proyecto:	X
Asesor Temático:	Estudiante Postgrado:	Estudiante Pregrado:	

Hoja de vida del Investigador			
Nombre	ITSA VALENTINA ACOSTA AGUILAR		
Título de pregrado	ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA		
Vinculación con el proyecto	Investigador Principal:	X	
Asesor Metodológico:	Co-Investigador:	Director de proyecto:	
Asesor Temático:	Estudiante Postgrado:	Estudiante Pregrado: X	

Hoja de vida del Investigador			
Nombre	ANDREA NARANJO BERRÍO		
Título de pregrado	ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA		
Vinculación con el proyecto	Investigador Principal:	X	
Asesor Metodológico:	Co-Investigador:	Director de proyecto:	
Asesor Temático:	Estudiante Postgrado:	Estudiante Pregrado:	X

Hoja de vida del Investigador			
Nombre	LAURA ISABEL TABORDA VASQUEZ		
Título de pregrado	ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA		
Vinculación con el proyecto	Investigador Principal:		X
Asesor Metodológico:	Co-Investigador:		Director de proyecto :
Asesor Temático:	Estudiante Postgrado:	Estudiante Pregrado:	X

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ECDC. Geographical Distribution of Covid-19 [Internet]. [Consultado el 16 de Jun 2020].
Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>
2. University JH. Worl Map [Internet]. [Consultado el 25 de feb 2022] Coronavirus COVID-19
Global Cases. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
3. TRT. [Internet].[Consultado el 25 de feb 2022]. Coronavirus (COVID-19)- ultima situación.
Disponible en: <https://www.trt.net.tr/espanol/covid19>
4. INS. Coronavirus (COVID - 2019) en Colombia [Internet]. [Consultado el 25 de feb 2022].
Disponible en: <https://www.ins.gov.co/Noticias/Paginas/Coronavirus.aspx/>
5. Nursing Now. What We Do. 2019 Disponible en: https://www.nursingnow.org/what-we-do/?doing_wp_cron=1591231869.8470571041107177734375
6. Copyright © 2016 por el CIE - Consejo internacional de enfermeras 3, place Jean-Marteau,
1201 Ginebra, Suiza
7. O.D.S.-Meta 3.8 Cobertura Sanitaria Universal. OMS Disponible
en: <https://www.who.int/topics/sustainable-development-goals/targets/es/>
8. Herrera F. ODS en Colombia: Los retos para 2030. Grafik Multimpresos Impresión.
Colombia 2018.

9. Marinas I, Prieto F. Evaluando los retos y oportunidades del covid-19 en los ODS. Observatorio Sostenibilidad Agustí Amorós. AIS-Grou. Juanjo Salado. AUPEX. España 2020.
10. Edgar V. Políticas Públicas de Gestión de Riesgo. LAGPA.Colombia (2020)
11. World Health Organization. Global standards for the initial education of professional nurses and midwives. Geneva (SWZ): WHO; 2009.
12. Wilson LL. Preparando a los enfermeros para la atención a la salud global [Editorial]. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. nov.-dic. 2011 [acceso en 1-05-2020]; 19(6): Disponible en:
13. Milio, N. (1996) Búsqueda de beneficios económicos con la promoción de la salud. OPS Whashington, DC. Publicación científica No. 557.
14. Boneti, Lindomar (2017) Políticas públicas por dentro. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires : CLACSO ; San Pablo : Mercado de Letras, 2017. Libro digital, PDF
15. Meny, I. y J. Thoenig., (1992) Las políticas públicas. Barcelona: Ariel, pp. 109- 128.
16. Roth, D., (2003) Una introducción para el análisis de las políticas públicas. Revista Cuadernos de Administración. Universidad del Valle, n°30, pp. 113- 128.
17. Vargas, A., (1999) Notas sobre el Estado y las políticas públicas. Almudena editores. Bogotá, Colombia.

18. Montes de Oca L.; Olvera, J. (2015). Políticas públicas en salud: Propuesta de un modelo de atención a la salud: Seguridad Social Única. [Internet]. Disponible en:
<http://hdl.handle.net/20.500.11799/66260>
19. Hancock, T. (1982) Beyond Health Care. The Futurist. Aug. 4- 13.
20. DNP. salud publica [Internet]. Disponible en: <https://www.dnp.gov.co/programas/desarrollo-social/subdireccion-de-salud/Paginas/salud-publica.aspx>
21. Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., & Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. Salud pública de México, 53, s144-s155.
22. Bernal O, Barbosa S. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. Salud Publica Mex [Internet]. 2015;57(5):433-40. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26545005>
23. Espinal A, Cárdenas A, Echeverri C, Piedrahita C. Clasificación de leyes, formación ciudadana y constitucional ([consultado el 2 de julio de 2014]). Disponible en: http://docencia.udea.edu.co/derecho/constitucion/legislativa_clasificacion_leyes.html
24. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1751. (16, febrero, 2015). Por la cual se regula el derecho fundamental a la Salud. Disponible en:
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
25. Narváez L, Lavell A, Pérez G. La Gestión del Riesgo Un enfoque basado en procesos [Internet]. 2009. 106 p. Disponible en: www.comunidadandina.org

26. OMS. La gestión de riesgos ante una pandemia de gripe. 2017;1-71. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272829/WHO-WHE-IHM-GIP-2017.1-spa.pdf>
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 Por la cual se adopta el Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021. [Internet]. 2013;326. Disponible en:
<http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
28. MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL. Gestión integral del riesgo en salud. Perspectiva desde el aseguramiento en el contexto de la Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. 2018;1-17. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/girs-perspectiva-desde-aseguramiento.pdf>
29. MINSALUD. Medidas frente a la pandemia COVID-2019 [Internet]. 2020. Disponible en:
<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/PET/Paginas/Documentos-Administrativos-covid-19.aspx>
30. OMS. Determinantes Sociales de la Salud [Internet]. Disponible en:
https://www.who.int/social_determinants/es/
31. Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Ottawa, ON: Minister of Supply and Services Canada. Retrieved from Public Health Agency of Canada, Disponible en: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>

32. Frenk J, Gómez-Dantés O. La globalización y la nueva salud pública. Salud Pública de México [Internet]. 2007 [Revisado 11 Septiembre 2019];49(2).Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/salpubmex/sal-2007/sal072j.pdf>
33. Frenk J., Gómez-Dantés O., & Moon S. (2014). From sovereignty to solidarity: A renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *The Lancet*, 383(9911), 94–97. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24388312/>
34. Rowson M., Smith A., Hughes R., Johnson O., Maini A., Martin S., ... Yudkin J. S. (2012). The evolution of global health teaching in undergraduate medical curricula. *Globalization and Health*, 8, 35. doi:
35. Torres-Alzate, Herica Nursing Global Health Competencies Framework, *Nursing Education Perspectives*: September/October 2019 - Volume 40 - Issue 5 - p 295-299 doi:
10.1097/01.NEP.0000000000000558
https://journals.lww.com/neponline/Fulltext/2019/09000/Nursing_Global_Health_Competencies_Framework.8.aspx
36. Koplan J. P., Bond T. C., Merson M. H., Reddy K. S., Rodriguez M. H., Sewankambo N. K., & Wasserheit J. N. (2009). Towards a common definition of global health. *The Lancet*, 373(9679), 1993–1995. doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19493564/>
37. Campbell R. M., Pleic M., & Connolly H. (2012). The importance of a common global health definition: How Canada's definition influences its strategic direction in global health. *Journal of Global Health*, 2(1), 010301. doi:

38. Wilson L., Mendes I. A. C., Klopper H., Catrambone C., Al-Maaitah R., Norton M. E., & Hill M. (2016). 'Global health' and 'global nursing': Proposed definitions from the Global Advisory Panel on the Future of Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 72(7), 1529–1540. doi: 10.1111/jan.12973

39. Amaro Cano María del Carmen. Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2004 Dic [citado 2020 Jun 05] ; 20(3). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es.\)](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009&lng=es.)

40. C. Alvarez-Dardet, E. Gascón MTA. Los orígenes de enfermería de salud pública [Internet]. 1988. p. 290-3. Disponible en: <https://www.gacetasanitaria.org/es-los-origenes-enfermeria-salud-publica-articulo-S0213911188709437>

41. Bonifaz N, Conlago F. Los orígenes de la enfermería comunitaria en Latinoamérica [Internet]. UIS; 2016. Disponible en: <http://www.redalyc.org/jatsRepo/292/29242800008/index.html>

42. Alligood Raile Martha, Tomey Ann Marrienr. Modelos y teorías en enfermería. 5th.ed. Elsevier. Pag,56. Unidad I, Evolución de las teorías de enfermería. 2007. Disponible en:<https://books.google.es/books?id=FLieszO8XGTUC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

43. OPS-OMS. Funciones Esenciales de Salud Pública. Documento, CD 42/15 XLII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. LII Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C., Septiembre de 2000.

2000;18:24. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7294/cd42_15-s.pdf

44. Conejero JS, Godue C, Gutiérrez JFG, Valladares LM, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2013;34(1):47-53. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24006020>
45. García Valdés, M., & Suárez Marín, M. (2013). El método Delphi para la consulta a expertos en la investigación científica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 39(2), 253-267.
46. Landeta, J. (1999). El método delphi.
47. Varela-Ruiz Margarita, Díaz-Bravo Laura, García-Durán Rocío. Descripción y usos del método Delphi en investigaciones del área de la salud. [Internet]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-50572012000200007&lng=es.
48. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. Aplicar. Disponible en: <https://dle.rae.es/aplicar>
49. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: *Diccionario de la lengua española*, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. Relevancia. Disponible en: <https://dle.rae.es/relevancia?m=form>
50. MINSALUD. Resolución 8430 de 1993, Artículo 11 [pág 3]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

51. Consejo Técnico Nacional de Enfermería. Política Nacional del Talento Humano de Enfermería. Plan Nacional 2020-2030. Documento preliminar noviembre, 2019. Disponible en: <https://www.udea.edu.co/wps/wcm/connect/udea/46d8f9d7-b61c-4b9b-a171-1b70a1f0df70/Plan+de+Enfermer%C3%ADa.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mVBzrKO>

52. Vidal, R. Muñoz D.M. González N. (2020). Correspondencia entre las competencias laborales y las Competencias Esenciales en Salud Pública de los profesionales de enfermería, fisioterapia, fonoaudiología, odontología, ingeniería de sistemas y medicina veterinaria, que integran el equipo de Salud Pública de la Secretaría Departamental de Salud del Cauca, 2016-2017. Disponible en: <https://repositorio.autonoma.edu.co/jspui/handle/11182/1154>

53. Sutherland RW, Fulton MJ. Health promotion. En: Health care in Canada. Ottawa: CPHA; 2007.

54. Peres, T. B., & Cardoso, A. (2021). Patterns of responses to COVID-19 in selected Latin American countries. *Brazilian Journal of Latin American Studies*, 20(40), 23-56. Disponible en: <https://www.revistas.usp.br/prolam/article/view/186394>

55. De Cristo, H. S., de Assis Santos, T., Horita, F. E. A., & Saba, H. (2021). Implicações da desinformação e da infodemia no contexto da pandemia da Covid-19. *Research, Society and Development*, 10(2), e59810212998-e59810212998.

56. Torres, A. T. C., & Carrillo, R. L. (2011). Funciones en salud pública de enfermería y adquisición del conocimiento, departamento del Meta.(2007). *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 13(1), 9-26.