



Universitat de Lleida

Evaluación de una intervención para incrementar la cobertura de vacunación antigripal en gestantes

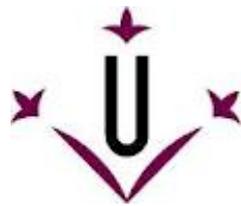
Rosa Mar Alzuria Alós

<http://hdl.handle.net/10803/399894>

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.



**Universitat
de Lleida**

Extracciones del documento de Tesis
Doctoral:

Evaluación de una intervención para
incrementar la cobertura de
vacunación antigripal en gestantes

Autora: Rosa Mar Alzuria Alós

Director: Dr. Joan Torres Puig-gros

Lleida, 27 de Septiembre de 2016

Índice

1. MARCO TEÓRICO	1
1.1.7 La gripe, la inmigración y la crisis	2
1.1.9 Elaboración de programas de Educación para la Salud	12
1.1.9.1 Modelo del programa de intervención: PRECEDE-PROCEED	12
3. MÉTODOS	25
3.4 La intervención	26
3.4.4 Elaboración de los materiales incluidos en la intervención: cuestionarios y capítulos	26
ANEXOS.....	29
Anexo 8.12: Análisis de datos de los cuestionarios administrados a las matronas en la reunión de presentación Llevaflú: 1ª Fase de PRECEDE.....	30
Anexo 8.12.1: Fases del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y comunicación del riesgo.....	30
Anexo 8.12.2: Análisis del Cuestionario sobre las Actitudes ante la Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria.....	31
Anexo 8.12.3: Relación entre el análisis de los datos de los cuestionarios administrados a las matronas en la reunión de presentación Llevaflú y el ASSIR donde desarrollan su labor profesional	36
Anexo 8.12.4: Relación entre el análisis de los datos de los cuestionarios administrados a las matronas en la reunión de presentación Llevaflú y el tipo de ASSIR de las matronas (DPO/no DPO).....	46

Índice de tablas:

Tabla 1: Clasificación de países	8
Tabla 2. Fases del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y cuestiones que es probable que determinen el progreso entre fases:.....	21
Tabla 3. Identificación de los factores a favor o en contra de la conducta: Administrar la VAG a las gestantes atendidas (a)	27
Tabla 4. Identificación de los factores a favor o en contra de la conducta: Administrar la VAG a las gestantes atendidas (b)	28
Tabla 5. Fases del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y Comunicación del Riesgo.....	30
Tabla 6. Percepción de la importancia de las vacunas para los profesionales de enfermería.....	31
Tabla 7. Percepción de las matronas sobre las actividades preventivas y de promoción de la salud en su centro de trabajo.	32
Tabla 8. Percepción de las matronas sobre las medidas de mejora de las actividades de prevención y promoción en su centro de trabajo.....	33
Tabla 9. Percepción de las matronas sobre la realización en su centro de acciones preventivas y de promoción de buena calidad.	34
Tabla 10. Percepción de las matronas sobre los posibles obstáculos relacionados con las actividades preventivas y de promoción.	35
Tabla 11. Grado de implicación de los profesionales de enfermería en las actividades preventivas y de promoción de la salud.....	36
Tabla 12. Consideración de la importancia de Prevenar [®] por las matronas encuestadas según el ASSIR concreto	37
Tabla 13. Consideración de las matronas según el ASSIR concreto sobre la disposición de colaboración de los profesionales médicos en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	39
Tabla 14. Consideración de las matronas sobre la disposición de colaboración de los profesionales de enfermería en la mejora de las actividades preventivas y de promoción, según el ASSIR concreto de las matronas.....	40

Tabla 15. Percepción de las matronas sobre la necesidad de poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción en las consultas: ..	42
Tabla 16. Percepción de las matronas sobre el obstáculo del tiempo que requieren las actividades de prevención y de promoción, según el ASSIR concreto.....	44
Tabla 17. Percepción de las matronas sobre el obstáculo de la carga de trabajo que requieren las actividades preventivas y de promoción, según el ASSIR concreto.....	45
Tabla 18. Fases del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y Comunicación del Riesgo (MPAP) según tipo de ASSIR (DPO/no DPO)	47
Tabla 19. Percepción sobre la necesidad de poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción en la consulta, según tipo de ASSIR (DPO/no DPO).....	49

Índice de figuras:

Figura 1. Esquema de la Teoría de la Acción Razonada	14
Figura 2. Esquema de la Teoría del Comportamiento Planificado	15
Figura 3. Esquema de la Teoría de la Acción Razonada 2	16
Figura 4. Esquema del Modelo de Creencias de la Salud.....	18
Figura 5. Esquema del Modelo de la Probabilidad de Elaboración de la Persuasión: ...	20
Figura 6. Diferencia entre eficacia y expectativas.....	23

Listado de Abreviaturas:

CAD: Comité de Ayuda al Desarrollo

IDH: Índice de Desarrollo Humano

MCS: Modelo de Creencias de Salud

MPE: Modelo de la Probabilidad de Elaboración de la Persuasión

MPAP: Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones

OMS: Organización Mundial de la Salud

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico

PIB: Producto Interior Bruto

PNB: Producto Nacional Bruto

PRA: País de Renta Alta

PRB: País de Renta Baja

PNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo

RNB: Renta Nacional Bruta

TAR: Teoría de la Acción Razonada

TCS: Teoría Cognitiva Social

VAG: Vacunación antigripal

1. MARCO TEÓRICO

1.1.7 La gripe, la inmigración y la crisis

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al inmigrante como “persona residente fuera de su país de nacimiento”. Las razones migratorias se clasifican en: migración forzada (habitualmente involuntaria y muy ligada a la violencia) y migración económica (voluntaria -no siempre- y basada en la búsqueda de mejores oportunidades laborales y condiciones de vida). Durante la primera década del Siglo XXI, España fue un país receptor de flujos migratorios debido a la bonanza económica, pasando de ser la población inmigrante en 2001 el 2,6% del total de la población, al 11,7% en 2012. El 40% de los inmigrantes procedían de: Rumanía, Marruecos, Ecuador y Colombia. Sin embargo, tras el inicio de la grave recesión económica en 2008, la situación sufrió una desaceleración migratoria, posteriormente se estabilizó y en la actualidad, experimenta nuevamente un ligero descenso (1).

La salud de la población inmigrante a la llegada del país receptor, puede ser incluso mejor que la de la población autóctona (“inmigrante sano”), debido al sesgo de selección en sus países de origen basado en la salud de las personas emigrantes. Con el tiempo, la salud se asimila a la del grupo socio-económico equivalente en la población autóctona, pues cuando acceden a un país con un nivel de desarrollo superior, aunque desaparecen los factores adversos de sus países de origen (adversidad del entorno, falta de sistema sanitario adecuado, alimentación deficiente, mala salubridad, problemas de higiene...), persisten los factores consustanciales al individuo (nivel educativo, cultura, creencias, diferencias en la inmunidad adquirida...) y además, aparecen factores adversos propios de las sociedades ricas (hábitos tóxicos, sedentarismo...) y los asociados con las circunstancias materiales en que viven y trabajan (hacinamiento, falta de apoyo familiar y social, situación administrativa irregular, precariedad laboral...). Así pues, la emigración genera en la persona una gran vulnerabilidad en las dimensiones: física, psíquica y social.

Respecto al uso del sistema sanitario, las diferencias entre la población inmigrante y la autóctona pueden explicarse por las dificultades de acceso relacionadas con la situación administrativa, por el desconocimiento de los trámites de acceso y de la

existencia de servicios preventivos, por las barreras de comunicación (idioma, diferencias culturales, creencias...) y por la escasez de recursos económicos para acceder a servicios médicos ajenos al Sistema Nacional de Salud (2). Aunque parece no haber diferencias respecto al uso de la medicina general, se observa un menor uso de servicios de especialidades, probablemente relacionado con factores geográficos, culturales, condiciones laborales (pérdida de citas programadas), al desconocimiento de la organización del sistema sanitario del país de acogida y al tiempo de residencia en el mismo (3).

Durante los periodos de crisis económica, la proporción de ciudadanos en situación de vulnerabilidad aumenta, traduciéndose en un deterioro de su calidad de vida. El impacto de esta situación sobre la salud depende de: factores poblacionales, individuales y de cohesión social, del contexto institucional y la respuesta gubernamental y de la intensidad, duración y grado de recesión. Además, dicha vulnerabilidad aumenta en población inmigrante, pues están expuestos a peores determinantes sociales de salud (1).

En España, la respuesta gubernamental frente a la situación antes descrita fue: la reducción del gasto social (fundamentalmente gasto público en salud) y la aprobación del Real Decreto-ley 16/2012 de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud, limitando el derecho de atención sanitaria a los inmigrantes irregulares menores de 18 años y acotando la atención sanitaria urgente y la atención maternal al resto (1).

En general, la situación de empobrecimiento, precariedad laboral e inseguridad económica guardan una estrecha relación con niveles de estrés prolongado, incremento de casos de muerte prematura, mayor riesgo de infecciones, diabetes, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, accidentes cerebro-vasculares y problemas de salud mental (1). Respecto a la salud reproductiva, la crisis ha propiciado una disminución del número de nacimientos (hasta 40000 bebés menos de los esperados en 2012), un retraso de la edad de maternidad con el consiguiente impacto sobre la fecundidad (aumento del 29% de los nacimientos de madres ≥ 40 años en 2012

respecto a 2008) y un deterioro de la salud sexual de las parejas que, debido a sus condiciones de vida, renuncian a la maternidad/paternidad (4).

Es especialmente interesante analizar el impacto de la crisis en las patologías infecciosas: (5)

- Aumento de la vulnerabilidad: debido al deterioro de las condiciones de vida (alimentación y cobijo) y de trabajo (estrés y negativa a solicitar incapacidad temporal) de los segmentos poblacionales con condiciones socioeconómicas más desfavorecidas (parados, inmigrantes sin regularizar,...)
- Incremento de factores facilitadores de transmisión de agentes infecciosos: contextuales (hacinamiento) y conductuales (consumo de tóxicos).
- Características de agentes infecciosos debido a medidas preventivas y terapéuticas incorrectas (profilaxis-medicación incorrecta); emergencia y reemergencia de patógenos no esperados.
- Empeoramiento de cuadros clínicos: relacionado con el deterioro del acceso a servicios sanitarios.
- Falta de recursos personales y presupuestarios de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de salud pública con repercusión en capacidad detección, investigación y control de problemas.

Durante la crisis económica, se ha observado un aumento de la morbilidad de las infecciones respiratorias de vías altas y de la gripe en el grupo de edad de 30-35 años en ambos sexos, mientras que la cobertura de vacunación antigripal (VAG) se mantiene estable (5).

Según Carrasco-Garrido y col (6), los datos de la Encuesta Nacional de Inmigrantes realizada por primera vez en España en 2007, informó de que hay 2,15 millones de hogares en los que al menos uno de los adultos nació fuera de España, destacando fundamentalmente la inmigración económica en nuestro país. Se realizó un estudio descriptivo transversal, en el que se incluyeron datos de la Encuesta Nacional de Salud 2006/07, que recogió datos de 29478 adultos, de los que 28042 fueron clasificados como autóctonos (nacidos en España o con nacionalidad correspondiente a países de la UE, EEUU o Canadá) y 1436 como inmigrantes económicos, estos últimos

procedentes el 64,5% de América Latina, el 22,1% de África, el 9,3% de países europeos y el 4,1% de Asia. Los resultados informaron de una menor prevalencia de hipercolesterolemia, cardiopatías, asma/bronquitis, depresión y ansiedad en población inmigrante versus la población autóctona, frente a la mayor probabilidad (el doble) de úlceras gástricas en inmigrantes, cuestión que puede estar relacionada con el concepto antes enunciado de “inmigrante sano” y con la limitación del acceso a los recursos sanitarios y la consiguiente menor probabilidad de diagnóstico. En cuanto al estilo de vida, la población inmigrante presentó menor consumo de tabaco y alcohol, además de un mayor sedentarismo; su percepción del estado de salud fue peor que el informado por la población autóctona. Respecto al uso de los recursos sanitarios, la población inmigrante tuvo una mayor probabilidad de uso de los servicios de urgencias (quizá debido a la facilidad de acceso, disponibilidad y desconocimiento de protocolos de acceso al servicio de salud) y hospitalización en el último año, siendo el motivo más común de ingreso el relacionado con el proceso de parto. Sin embargo, la población inmigrante utilizó menos la medicina preventiva y tuvo menor probabilidad de recibir la VAG que la población autóctona, aunque utilizó más la medicina alternativa.

Algunos autores han clasificado a la población inmigrante según la renta del país de origen: Renta Alta (PRA) o Renta Baja (PRB) (7), pues las diferencias de los inmigrantes en el país receptor provienen de las características geopolíticas y culturales del país de origen; además respecto al tema de vacunas, determinan las diferencias de oportunidad de inmunización previa y el adecuado conocimiento de la importancia, eficacia y seguridad de la vacunación (también de la VAG) (8). Las condiciones que determinan dicha clasificación (PRA o PRB) están sujetas a: los cambios políticos (inclusión de nuevos países en la Unión Europea), al progreso económico del país (países emergentes como China), a conflictos armados (República Árabe de Siria, Sudán y Sudán de sur) o a la recesión económica, entre otros. Existen diversas clasificaciones internacionales que trazan la línea del desarrollo mundial entre países desarrollados y en desarrollo: el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la clasificación elaborada por el Banco Mundial y la clasificación de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (9).

El PNUD clasifica los países según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) que pretende captar la multidimensionalidad del desarrollo a partir de: la esperanza de vida al nacer, el nivel educativo (la tasa de alfabetización en adultos y tasa bruta de matriculación combinada de primaria, secundaria y terciaria) y el Producto Interior Bruto (PIB) real per cápita. La puntuación oscila entre 0-1, indicando el valor más cercano a la unidad un mejor resultado de desarrollo humano. Es preciso remarcar las diferencias de desarrollo humano entre países con resultados similares de renta per cápita y viceversa, poniendo de manifiesto la falta de automatismo entre ambos. Las Naciones Unidas reconocen que aunque el IDH no se trata de una medida de bienestar, indica el empoderamiento de las personas, quienes en caso de disponer de un elevado nivel en los tres factores evaluados, se hallan en una mejor disposición de acceder a otras oportunidades (10).

Según el informe sobre Desarrollo Humano 2014, los países se clasifican en: (11)

- Muy Alto: Países del 1 al 49. Puntuación en la fórmula de IDH: 0,944-0,808
- Alto: Países entre el 50 y el 102. Puntuación en la fórmula de IDH: 0,790-0,700
- Medio: Países entre el 103 y el 144. Puntuación fórmula de IDH: 0,698-0,556
- Bajo: Países entre el 145 y el 187. Puntuación fórmula IDH: 0,540- 0,337

El Banco Mundial estableció en 1978 una clasificación de países en función de sus correspondientes ingresos por habitante (aproximados mediante el Producto Nacional Bruto -PNB- per cápita, calculado mediante el método Atlas). Aunque reconoce que el desarrollo no es cuestión exclusiva de ingresos, considera que se trata del mejor indicador individual de la capacidad económica y del progreso de los países. Así pues, los Indicadores Mundiales de Desarrollo clasifican a los países en 4 categorías (método Atlas del Banco Mundial en 2013): (9,12,13)

- Países de Ingresos Bajos: ≤ 1045 dólares de PNB per cápita
- Países de Ingresos Medios-Bajos: de 1046-4125 dólares de PNB per cápita
- Países de Ingresos Medios-Altos: de 4126-12745 dólares de PNB per cápita
- Países de Ingresos Altos: > 12745 dólares de PNB per cápita

Para el cálculo de la Renta Nacional Bruta (RNB) -antes denominado PIB- en dólares estadounidenses y realizar el análisis entre países, se utiliza el método Atlas en lugar

de los tipos de cambio simples, a fin de reducir el impacto de las fluctuaciones del tipo de cambio entre países. Se trata de un factor de conversión cuya fórmula incluye el promedio de la tasa de cambio de un país para ese año y sus tipos de cambio de los 2 años previos, ajustados por la diferencia de la inflación del propio país y la inflación internacional (14).

La OCDE, mediante el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), clasifica a los países en dos grupos según sean candidatos a la recepción de las Ayudas Oficiales al Desarrollo (AOD) o no: países en desarrollo o desarrollados. Estos grupos están relacionados con la clasificación del Banco Mundial del siguiente modo: los países identificados de Ingresos Altos según el Banco Mundial, son los considerados desarrollados por la OCDE; el resto (ingresos medios-altos, medios-bajos y bajos) se incluyen en los países en desarrollo, potencialmente receptores de ayudas para el desarrollo (9).

En la clasificación de países de la OCDE para la lista CAD, se muestran todos los países y territorios elegibles para recibir la ayuda oficial al desarrollo (países de ingresos bajos y medios basados en la RNB per cápita según lo publicado por el Banco Mundial, con la excepción de los miembros del G8, miembros de la UE y países con una fecha firme para entrar en la UE) (15).

Se presenta a continuación la tabla 1 que determina la clasificación de los países de procedencia de las gestantes encuestadas en el estudio según el PNUD, el Banco Mundial y la OCDE. A pesar de que la PNUD aporta un enfoque más global, dificultó la catalogación PRA/PRB, optándose finalmente por la clasificación propuesta por la OCDE (15).

Los países no catalogados por la OCDE como “desarrollado/en desarrollo” se clasificaron según la catalogación del Banco Mundial (12). Sin embargo, prevaleció la catalogación de la OCDE, pues los países con “ingresos medianos” incluidos en el listado CAD, se clasificaron “en desarrollo”, a pesar de que el Banco Mundial los catalogara como “Economía de Altos Ingresos”.

Tabla 1: Clasificación de países

País	ÍDH ^a (PNUD ^b)(10)	Banco Mundial (July 2015)(16)	OCDE ^c (CAD ^d)(15)
Países Bajos	Muy Alto	4 (IDH: 0,915)	Ingresos Alto
Reino Unido	Muy Alto	14 (IDH: 0,892)	Ingresos Alto
Taiwán (Región Administrativa Especial de Hong Kong, China)	Muy Alto	15 (IDH: 0,891)	Ingresos Alto
Francia	Muy Alto	20 (IDH: 0,884)	Ingresos Alto
Bélgica	Muy Alto	21 (IDH: 0,881)	Ingresos Alto
Finlandia	Muy Alto	24 (IDH: 0,879)	Ingresos Alto
Italia	Muy Alto	26 (IDH: 0,872)	Ingresos Alto
España	Muy Alto	27 (IDH: 0,869)	Ingresos Alto
Polonia	Muy Alto	35 (IDH: 0,834)	Ingresos Alto
Lituania	Muy Alto	35 (IDH:0,834)	Ingresos Alto
Eslovaquia	Muy Alto	37 (IDH: 0,830)	Ingresos Alto
Portugal	Muy Alto	41 (IDH: 0,822)	Ingresos Alto
Federación Rusa	Alto	57 (IDH: 0,778)	Ingresos Alto
República Checa	Muy Alto	28 (IDH:0,861)	Ingresos Alto
Chile ¹	Muy Alto	41 (IDH: 0,822)	Ingresos Alto
Uruguay ¹	Alto	50 (IDH: 0,790)	Ingresos Alto
Cuba	Muy Alto	44 (IDH:0,815)	Ingresos Medio-Alto
Argentina	Muy Alto	49 (IDH: 0,808)	Ingresos Alto
Rumania	Alto	54 (IDH: 0,785)	Ingresos Medio-Alto
Bulgaria	Alto	58 (IDH: 0,777)	Ingresos Medio-Alto
República Bolivariana de Venezuela	Alto	67 (IDH: 0,764)	Ingresos Alto

Desarrollado

En desarrollo (renta media-alta)

¹ Según el informe de la OCDE (CAD), Chile y Uruguay superaron el umbral de país de ingresos en 2012 y 2013. De acuerdo con las normas del CAD para la revisión de la lista, si continúan siendo países de renta alta hasta 2016, serán eliminados de la lista de los países receptores de ayuda al desarrollo en 2017. (15)

País	ÍDH ^a (PNUD ^b)(10)	Banco Mundial (July 2015)(16)	OCDE ^c (CAD ^d)(15)
Méjico	Alto 71 (IDH: 0,756)	Ingresos Medio-Alto	En desarrollo (renta media-alta)
Brasil	Alto 79 (IDH: 0,744)	Ingresos Medio-Alto	
Perú	Alto 82 (IDH: 0,737)	Ingresos Medio-Alto	
China	Alto 91 (IDH: 0,719)	Ingresos Medio-Alto	
Argelia	Alto 93 (IDH: 0,717)	Ingresos Medio-Alto	
Ecuador	Alto 98 (IDH: 0,711)	Ingresos Medio-Alto	
Colombia	Alto 98 (IDH: 0,711)	Ingresos Medio-Alto	
Costa Rica	Alto 68 (IDH:0,763)	Ingresos Medio-Alto	
República Dominicana	Alto 102 (IDH: 0,700)	Ingresos Medio-Alto	
Ucrania	Alto 83 (IDH: 0,734)	Ingresos Medio-Bajo	
Paraguay	Medio 111 (IDH: 0,676)	Ingresos Medio-Alto	
Estado Plurinacional de Bolivia	Medio 113 (IDH:0,667)	Ingresos Medio-Bajo	
República de Moldavia	Medio 114 (IDH: 0,662)	Ingresos Medio-Bajo	
El Salvador	Medio 115 (IDH: 0,662)	Ingresos Medio-Bajo	
Marruecos	Medio 129 (IDH: 0,617)	Ingresos Medio-Bajo	
Honduras	Medio 129 (IDH: 0,617)	Ingresos Medio-Bajo	
Nicaragua	Medio 132 (IDH: 0,614)	Ingresos Medio-Bajo	
Ghana	Medio 138 (IDH:0,573)	Ingresos Medio-Bajo	
Pakistán	Medio 146 (IDH: 0,537)	Ingresos Medio-Bajo	
Filipinas	Medio 117 (IDH:0,660)	Ingresos Medio-Bajo	
Armenia	Alto 87 (IDH:0,730)	Ingresos Medio-Bajo	
Georgia	Alto 79 (IDH:0,744)	Ingresos Medio-Bajo	
Camerún	Bajo 152 (IDH:0,504)	Ingresos Medio-Bajo	
Senegal	Bajo 163 (IDH: 0,333)	Ingresos Medio-Bajo	En desarrollo (menos desarrollados)
Nigeria	Bajo 187 (IDH: 0,337)	Ingresos Medio-Bajo	
Bangladesh	Medio 142 (IDH: 0,558)	Ingresos Medio-Bajo	
Gambia	Bajo 172 (IDH: 0,441)	Ingresos Bajos	
Mali	Bajo 176 (IDH: 0,407)	Ingresos Bajo	

País	ÍDH ^a (PNUD ^b)(10)		Banco Mundial (July 2015)(16)	OCDE ^c (CAD ^d)(15)
Guinea-Bissau	Bajo	179 (IDH:0,392)	Ingresos Bajo	En desarrollo (menos desarrollados)

^aIDH: Índice de Desarrollo Humano; ^bPNUD: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo; ^cOCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; ^dCAD: Comité de Ayuda al Desarrollo

Fuente: Elaboración propia

A continuación se presentan dos estudios que analizaron la relación entre la etnia y la aceptación/rechazo de la VAG.

Quach S y col (17) analizaron la cobertura de VAG en Canadá a partir de los datos de la Canadian Community Health Survey en los años 2003, 2005, 2007, 2008 y 2009 en la que 437488 personas auto-informaron sobre su vacunación y etnia. Los resultados informaron de una cobertura de VAG variable según las etnias en personas entre 12-64 años: la mayor cobertura fue en canadienses con ascendencia japonesa (38%), china (35%) y filipina (31%), frente a las menores coberturas en canadienses con ascendencia latinoamericana (26%), de Asia Occidental/árabe (26%) y negros (27%). Entre los encuestados sin enfermedad crónica entre 12-64 años (285953 personas), con excepción de los canadienses con ascendencia filipina y japonesa, la cobertura fue mayor en los grupos étnicos de jurisdicciones con programa universal de VAG. Las mayores coberturas de VAG se dieron en canadienses con ascendencia filipina, sudeste de Asia y China en comparación con los canadienses blancos. El análisis de la cobertura tras ajustar las variables socio-demográficas, informó de que todos los grupos étnicos (Filipinas, Sudeste asiático, Asia occidental/árabe, América Latina y multirracial/otros), excepto los canadienses negros, fueron más propensos a aceptar la VAG que los canadienses blancos. Así pues, los autores recomendaron no subestimar los factores socio-demográficos y el acceso a la atención de la salud que influyen en la aceptación de la VAG y se extienden a todos los grupos étnicos de Canadá. Recomendaron para optimizar las coberturas de VAG, trabajar con los proveedores de salud y organizaciones basadas en la comunidad, a fin de entender los retos y barreras que afectan a sus comunidades y así, diseñar intervenciones apropiadas a las diferentes poblaciones.

Gessner B (18) también estudió la variable cobertura de VAG relacionada con la etnia de la población, poniendo de manifiesto que los grupos étnicos en riesgo de una menor cobertura son variables según el contexto social y epidemiológico de un determinado momento y lugar. Describió como explicación a estas diferencias: el acceso a los programas de vacunación, la actitud médica, el acceso a internet, la importancia de los movimientos antivacuna, la información en los medios de comunicación, el riesgo real, la prevalencia de enfermedad y la evaluación del riesgo individual. Además, puso de manifiesto que a pesar de que la raza y la etnicidad nunca han sido construcciones sólidas en el diseño de intervenciones de salud, son cada vez más irrelevantes debido a los movimientos poblacionales a nivel mundial y el creciente número de personas multirraciales. Así pues, recomendó basar las intervenciones en la evidencia, reconociendo la importancia del contexto local y midiendo su efectividad a lo largo del tiempo.

1.1.9 Elaboración de programas de Educación para la Salud

1.1.9.1 Modelo del programa de intervención: PRECEDE-PROCEED

1.1.9.1.6.1 *Teorías de cambio de comportamiento*

Las investigaciones muestran que las intervenciones con más probabilidad de lograr los resultados deseados son las que se basan en la comprensión clara de los comportamientos y el contexto ambiental en que se producen. Así pues, para obtener ayuda con el desarrollo, gestión y evaluación de estas intervenciones, los profesionales de educación de la salud recurren a modelos de planificación estratégica, que se basan en las teorías de comportamiento de salud (19).

Las teorías del cambio de comportamiento se pueden clasificar según la aproximación que utilizan para explicar dicho cambio en: (20).

- Teorías continuas: pretenden identificar las variables que influyen en la acción y combinarlas en una ecuación de predicción, de forma que al aplicarlas a un individuo indique la probabilidad de que la persona actúe, situándola en un continuo de acción de probabilidad.
- Teorías de fases: formada por un conjunto ordenado de categorías en las que se pueden clasificar los individuos e identifica los factores que pueden inducir el movimiento de una categoría a la siguiente. Consta de cuatro elementos principales: categoría sistema para definir las fases, ordenación de las fases, obstáculos habituales para el cambio a que las personas se enfrentan en la misma fase y diferentes obstáculos para el cambio al que las personas se enfrentan en diferentes fases.

Se describirán las diversas teorías utilizadas en la intervención para comprender y modificar el comportamiento, puesto que raramente una sola teoría trata todas las

complejidades de un problema. “Habitualmente un problema requiere sintetizar e integrar las teorías para encajar una situación particular” (D’Onofrio, 1992) (20,21).

Nivel de influencia intrapersonal/individual

Conocimientos, creencias y rasgos personales que influyen en el comportamiento.

A.1.1 Teoría continua

La Teoría de la Acción Razonada y la Teoría del Comportamiento Planificado están íntimamente ligadas por ser una la extensión de la otra, hasta la nueva y revitalizada Teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen, en 2010.

- *Teoría de la Acción Razonada (TAR)* (Fishbein, 1967): (20–22)

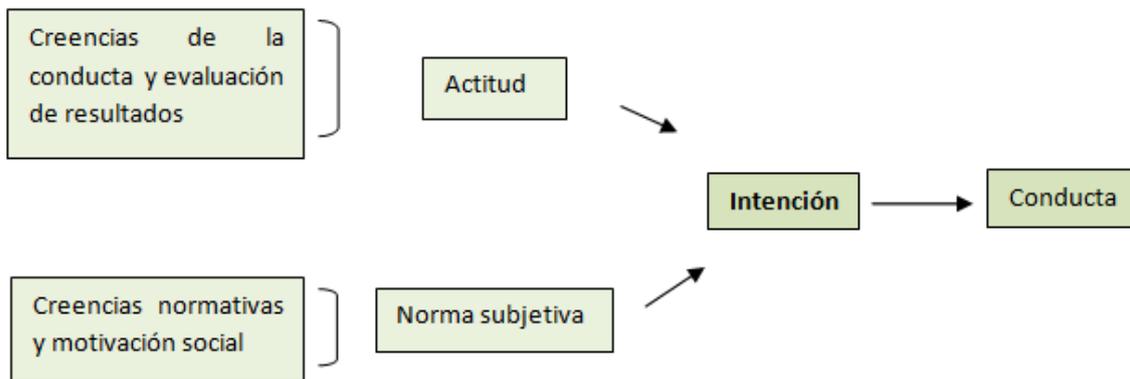
Fishbein y Ajzen (1975): Distinguen entre actitud, creencia, intención y comportamiento. Asumen que las personas se comportan de manera racional, haciendo uso de la información que tienen para llevar a cabo una conducta, y que el determinante que mejor explica o predice la conducta, el más importante, es la intención. Así pues, la intención “es la indicación de la preparación de una persona para llevar a cabo un comportamiento determinado y se considera, que es un antecedente inmediato del mismo” (Ajzen, 2006).

La intención está determinada por:

- La actitud (Ajzen 2006): “grado de comportamiento que es valorado positiva o negativamente y que a su vez, está determinado por el conjunto de creencias de comportamiento y la evaluación de resultados”
- La norma subjetiva (Ajzen 2006): “presión social percibida para implicarse o no en el comportamiento”; los proveedores de esta presión social son: compañeros, asociaciones, amigos, profesores, expertos, gerentes...

Esta teoría parece ser que es la más exitosa para comportamientos voluntarios, pero se encuentra con problemas cuando se aplica a comportamientos que no son totalmente volitivos, así pues, la falta de oportunidades requeridas, de habilidades y recursos podría evitar el éxito (Ajzen 1988).

Figura 1. Esquema de la Teoría de la Acción Razonada



Fuente: Adaptación de Mckenzie F (20)

- *Teoría del Comportamiento Planificado* (20–22):

Se trata de la extensión de la Teoría de la Acción Razonada original (1975). Fue desarrollada por Ajzen en 1988, y trata la cuestión del control volitivo incompleto. Postula que la intención, el determinante más importante del comportamiento, está determinado por la actitud, las normas subjetivas y además, añade un tercer determinante:

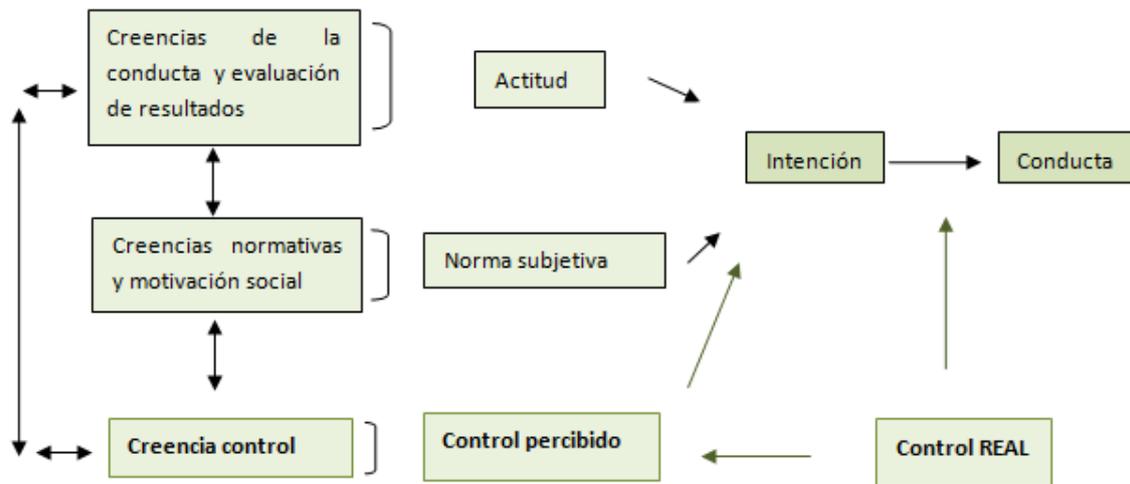
- El control percibido sobre el comportamiento (Ajzen 2006): “la percepción de la persona de su capacidad para llevar a cabo un determinado comportamiento”, se refiere a la facilidad o dificultad percibida, y se asume que refleja la experiencia pasada, así como la anticipación de los impedimentos u obstáculos.

Dicho control percibido del comportamiento influye directamente y mediante la intención en el comportamiento. Por un lado, el control percibido del comportamiento tiene implicaciones motivadoras para la intención; por otro lado, el vínculo directo entre el control percibido del comportamiento y el comportamiento, refiriéndose al control real del mismo, que incluye las habilidades, recursos y otros prerrequisitos necesarios para llevar a cabo el comportamiento específico.

Así pues, cuanto más favorable sea la actitud y la norma subjetiva respecto al comportamiento, y mayor sea el control percibido del mismo, más fuertes deberían ser las intenciones de llevarlo a cabo (Ajzen 1988).

Se utilizará sobre todo para trabajar aspectos relacionados con el factor predisponente de autoeficacia. (20)

Figura 2. Esquema de la Teoría del Comportamiento Planificado



Fuente: McKenzie F (20)

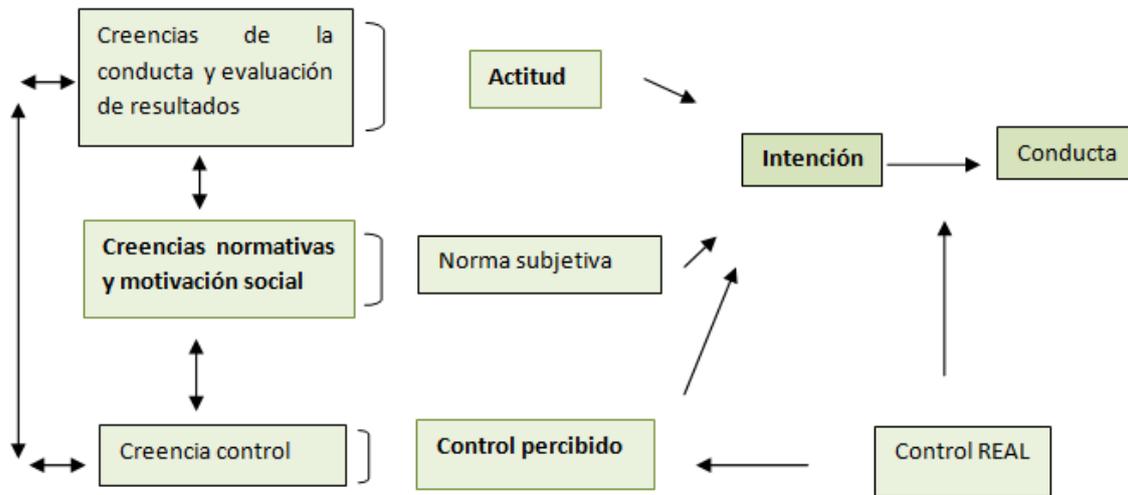
- *Teoría de la Acción Razonada 2: (20,21)*

Recientemente la Teoría de la Acción Razonada fue reintroducida en 2010 (Fishbein y Ajzen). Tras su cooperación inicial en la TAR, ambos autores desarrollaron de forma independiente ideas teóricas que tras una nueva colaboración, descubrieron que eran comparables.

El comportamiento se determina por la intención; las personas tienen el control real de su comportamiento que está determinado por los factores del entorno y las habilidades para tratarlos. A su vez, la intención está determinada por la actitud, la norma percibida y el control percibido del comportamiento.

En comparación con la TRA inicial, la TRA 2 presta más atención a las actitudes efectivas que a las actitudes cognitivas, a las normas descriptivas que a las normas subjetivas, y a la autoeficacia en comparación con el control percibido de comportamiento.

Figura 3. Esquema de la Teoría de la Acción Razonada 2



Fuente: McKenzie F (20)

Se añadieron algunos leves matices en la descripción de los determinantes del comportamiento:

- La actitud: disposición de responder a favor o en contra de un objeto, comportamiento, persona, institución o acontecimiento. Se trata de la evaluación positiva o negativa de un individuo para llevar a cabo el comportamiento de interés en particular (Ajzen 1988). La actitud respecto a un comportamiento se determina por creencias prominentes sobre el comportamiento.
- Las normas subjetivas: creencia de que individuos o grupos específicos e importantes aprueben o no el comportamiento, y cuán de importante es esta opinión para la persona. Las creencias en referentes sociales específicos se denominan creencias normativas (“lo que mi compañero piensa...”). En relación a estas creencias algunos autores distinguen entre expectativas sociales y presión social, describiendo esta última como la más influyente.
- El control del comportamiento, que a su vez está determinado por las creencias prominentes: las relacionadas con el comportamiento, las creencias normativas y las relacionadas con el control.

Si la persona cree que el resultado de una conducta será una experiencia positiva, que será valorado positivamente por otras personas y que la conducta es factible llevarla a cabo, es más probable que esa persona la realice.

Se utilizará para crear actividades que permitan trabajar las creencias de barreras, la actitud, la intención y las creencias de influencia social.

- *Modelo de Creencias de Salud (MCS)*_(20,22):

(Abraham y Sheeran 2005; Champion y Skinner 2008). Basado en los modelos psicológicos de expectativas y valores que en el ámbito de la salud se refieren a la percepción o creencia individual sobre la vulnerabilidad de una enfermedad que amenaza su salud y sobre las acciones que puede realizar para prevenir esa amenaza y evitar la posible enfermedad. Janz y Becker 1984 incluyeron cuatro variables psicológicas:

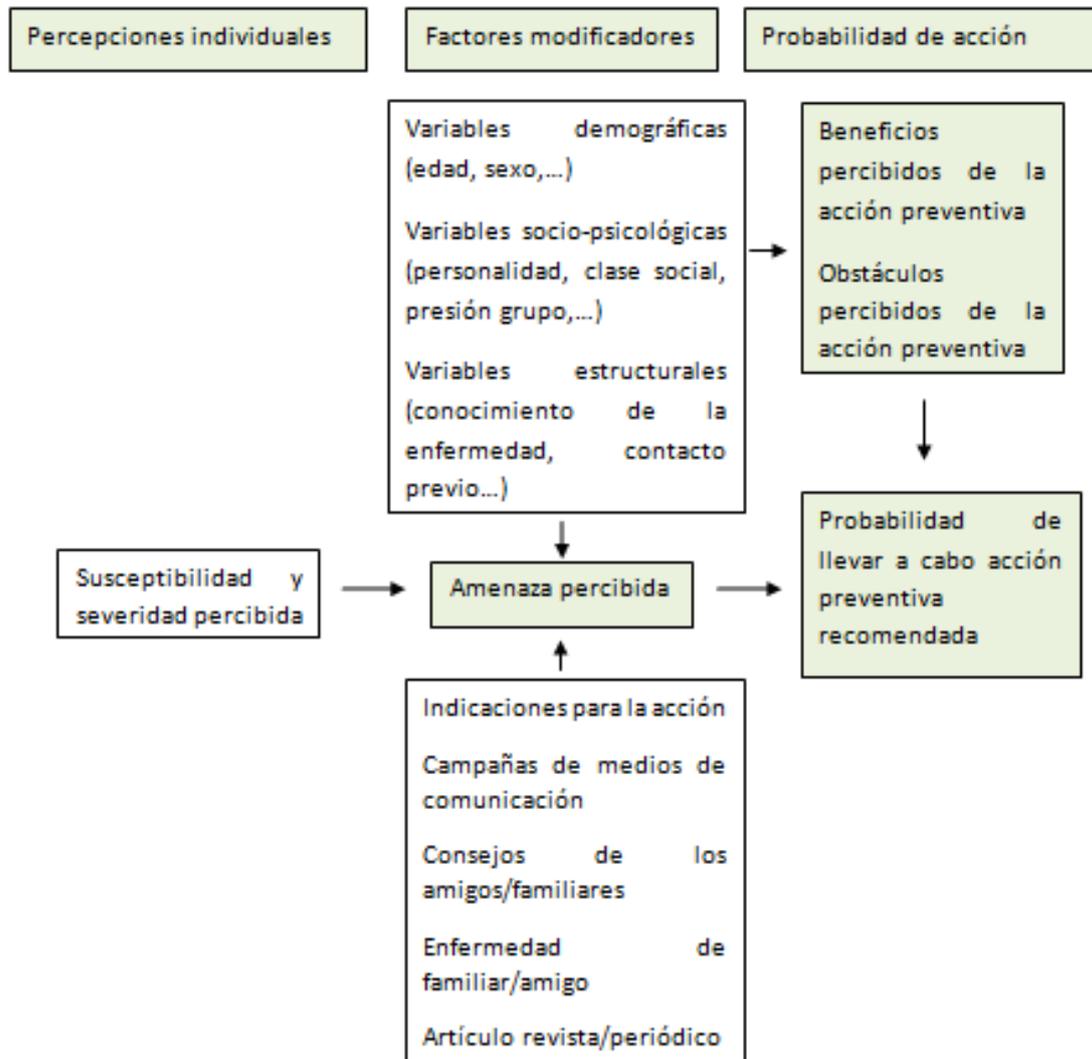
- Susceptibilidad percibida: percepción subjetiva del riesgo de contraer la enfermedad.
- Severidad percibida: sentimientos de la persona respecto la gravedad de contraer la enfermedad.
- Beneficios percibidos: creencias de una persona sobre la efectividad de las acciones disponibles para reducir la amenaza de la enfermedad.
- Obstáculos percibidos: aspectos potencialmente negativos de una acción de salud en particular que deben ser superados para seguir la recomendación de salud. La falta de auto eficacia también es vista como un obstáculo.

Posteriormente, los autores del MCS incorporaron otras variables, como la autoeficacia y el papel de las influencias sociales.

Así pues, “para que el cambio de comportamiento tenga éxito, las personas se deben sentir amenazadas por sus patrones de comportamiento actuales (susceptibilidad y severidad) y creer que el cambio finalizará con un resultado deseable y a un coste aceptable. También se han de sentir competentes (auto eficaces) para superar los obstáculos percibidos para llevar a cabo las acciones” (Janz et al, 2002). Además se requiere un alto grado de confianza en uno mismo para superar las barreras que dificultan realizar la conducta más saludable y mantenerla.

El MCS se desarrolló originalmente para comportamientos de protección de la salud, pero actualmente también se aplica a la promoción de la salud. Los métodos del MCS son: la concienciación (indicaciones para la acción) y los métodos para aumentar la autoeficacia. (20)

Figura 4. Esquema del Modelo de Creencias de la Salud



Fuente: McKenzie F (20)

- *Modelo de Probabilidad de la Elaboración de la Persuasión (MPE):* (20)

Se desarrolló para explicar las inconsistencias en los resultados de la investigación relacionados con las actitudes (Petty, Barden y Wheeler, 2002), intentando analizar cómo los mensajes persuasivos dirigidos a cambiar actitudes eran recibidos y procesados por las personas. Pretende interpretar y predecir el impacto de los mensajes de salud en las actitudes y comportamientos (Petty et al, 2002). El modelo utiliza la palabra elaboración, entendida como la cantidad de procesamiento esforzado que las personas activan al recibir un mensaje. El procesamiento esforzado se refiere a la consideración cognitiva detallada sobre el mensaje.

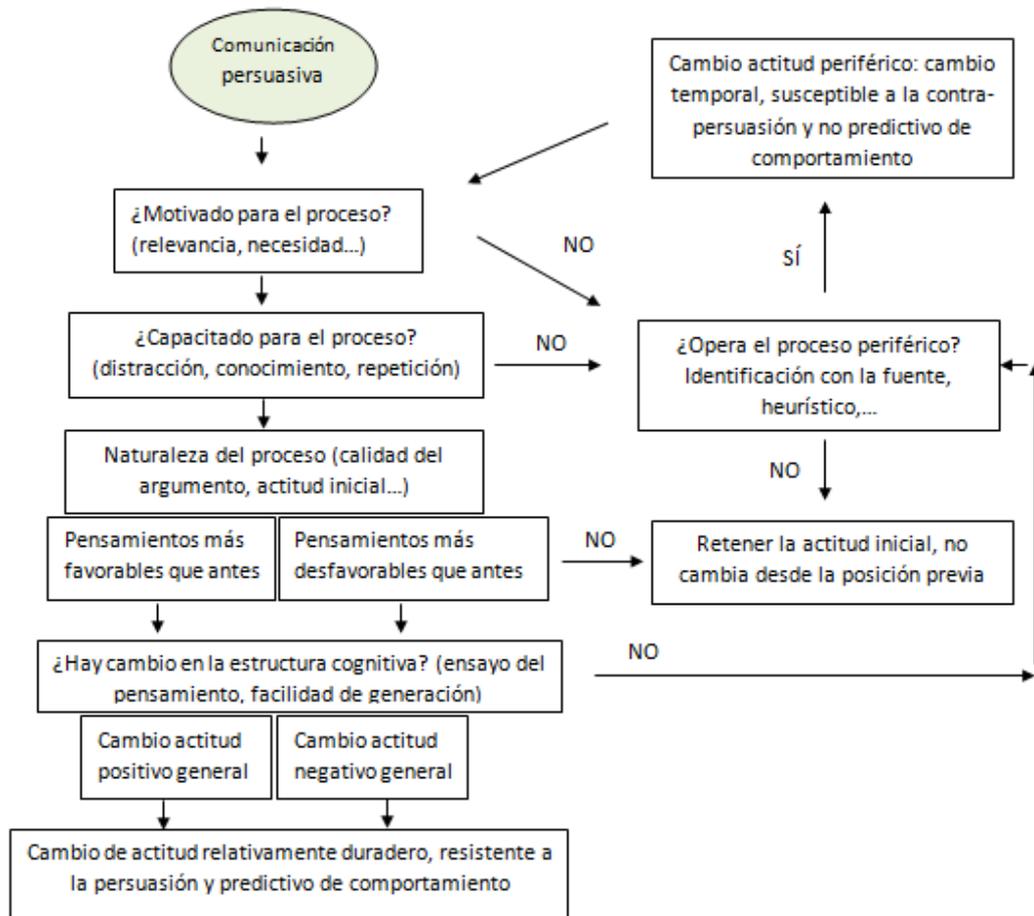
Este modelo organiza los procesos de persuasión en dos rutas de cambio de actitudes: la periférica y la central. La ruta periférica requiere poco pensamiento sobre la información relevante para el tema, se trata de indicaciones simples o heurísticas como medio principal para el cambio de actitud (repetición del mensaje persuasivo, quien dice el mensaje...). Los procesos centrales son los que requieren una consideración meditada de la información relevante sobre el tema y su relación con el conocimiento pertinente que debe formar las bases primarias del cambio de actitud (Petty 2002). Es importante remarcar que la distinción entre las rutas es la consideración que se da a la información relevante para la cuestión y como se procesa, no tanto el tipo de información (Petty, Wheeler y Bizer, 1999).

Según este modelo, “cuanto más elaborado sea el proceso que las personas necesitan para recibir el mensaje, más probable es que se formen actitudes persistentes a lo largo del tiempo, resistentes al contraataque e influyentes a la hora de orientar el pensamiento y el comportamiento” (Krosnick y Petty, 1995).

También especifica el impacto de las variables sobre la persuasión (Petty 2002): la fuente del mensaje (credibilidad, ¿es un experto?), el mismo mensaje (divertido, simple, complejo, ¿dónde se recibe el mensaje?) y por último, las características del receptor del mensaje (Petty et al, 2002).

El área de este modelo que ha sido más útil en la educación para la salud ha sido la adaptación del mensaje a cada individuo, basándose en las necesidades, intereses y circunstancias individuales; la adaptación de la comunicación persuasiva resulta más relevante para el receptor y produce más probabilidad de que el mensaje sea procesado a través de la ruta central e impacte sobre la actitud y el cambio de comportamiento.

Figura 5. Esquema del Modelo de la Probabilidad de Elaboración de la Persuasión:



Fuente: McKenzie F (20)

A.1.2 Teoría de Fases

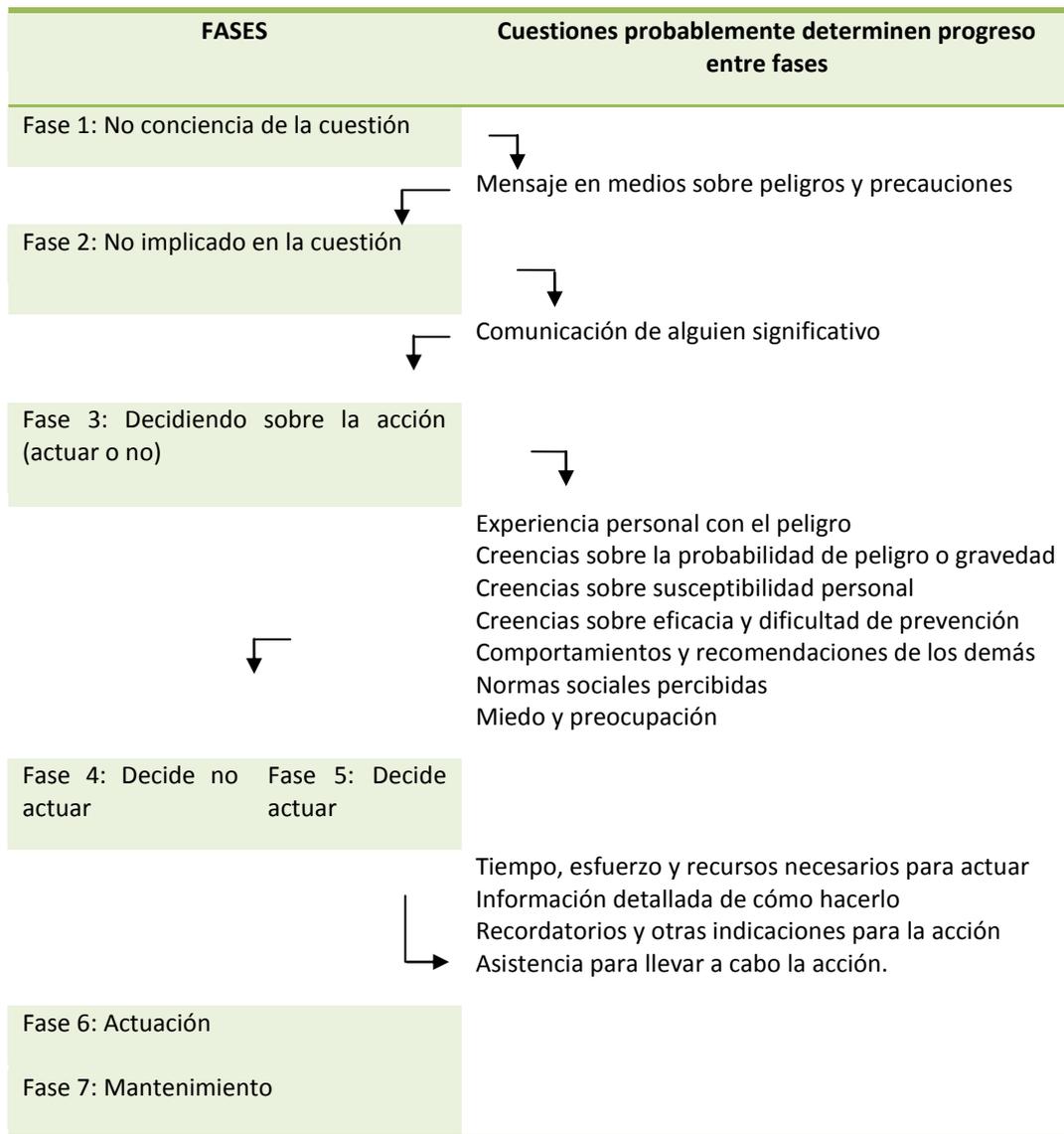
- *Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones (MPAP) (20,22):*

Pretende “explicar como la persona llega a la decisión de realizar acciones y como traduce esta decisión en acción” (Weinstein y Sandman, 2002). Se desarrolló con posterioridad al modelo transteorético. Estos dos modelos parecen similares, pero el número de fases es diferente y las que tienen nombres similares, se defiende forma diferente. Este modelo se aplica a una nueva precaución o al abandono de un comportamiento de riesgo que precisa una acción deliberada. No sería aplicable a las acciones que requieren un desarrollo gradual de patrones habituales, como serían cambios en la dieta y ejercicio.

Este modelo se ha aplicado ha sido aplicado con éxito en mejora de la cobertura de la vacuna de la hepatitis B.

Dado que incluye varias fases del proceso de cambio del comportamiento, una vez identificada la fase en que se encuentran los participantes, los planificadores desarrollan una intervención específica a fin de que los participantes pasen a la acción. (20)

Tabla 2. Fases del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y cuestiones que es probable que determinen el progreso entre fases:



Fuente: Gottlieb NH (21)

Utilizado para realizar el análisis de la situación e identificar la fase de cambio de las matronas² (PRECEDE etapa 1)

Nivel de influencia interpersonal

“Las teorías de comportamiento de salud asumen que los individuos pertenecen y son influenciados por un entorno social. Las opiniones, pensamientos, comportamientos, el consejo y soporte de las personas que envuelven un individuo influyen en sus sentimientos y comportamiento, y así mismo, el individuo tiene un efecto recíproco sobre estas personas” (Rimer y Galnz, 2005).

B.1.1 Teoría Continua

- *Teoría Cognitiva Social (TCS)* (Bandura) (20,22)

Basada en la Teoría del Aprendizaje Social, explica el funcionamiento humano desde el modelo de la causalidad recíproca triádica (Bandura 1986): “en este modelo de causalidad recíproca, los factores personales internos en forma de acontecimientos cognitivos, afectivos y biológicos, los patrones de comportamiento y las influencias ambientales operan como determinantes que interaccionan y se influyen los unos a otros de forma bidireccional” (Bandura, 2001). Se detallan a continuación los componentes clave de la teoría:

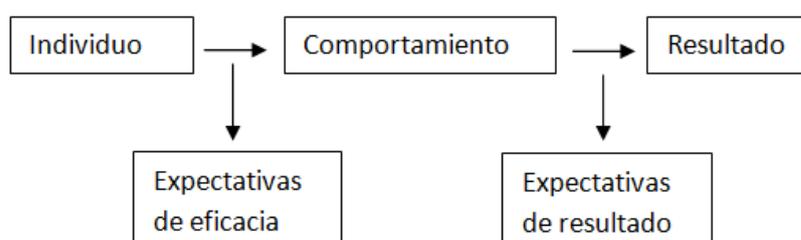
- Refuerzo: respuesta al comportamiento que incrementa la probabilidad de recurrencia, pudiendo ser (Baranowski, Perry y Parcel, 2002):
 - Directo: refuerzo positivo expresado por otra persona por el trabajo bien hecho.
 - Indirecto: los participantes observan que alguien es reforzado por comportarse de una forma apropiada.
 - Auto-refuerzo, denominado por Bandura como aprendizaje observacional o modelaje social; se refiere a que los participantes mantendrían un registro de su propio comportamiento, de forma que

² Matrona/as: se utilizará el término matrona/as durante todo el documento para referirse al profesional que ostenta y desempeña su labor profesional como “enfermero/a especialista obstétrico-ginecológica matrona”, independientemente de que sea varón o mujer, sin ninguna intención sexista.

tras evaluarlo como apropiado, se reforzarían o recompensarían a sí mismos.

- Capacidad conductual: identificación de los comportamientos y de cómo llevarlos a cabo, es clave la dominación de las habilidades.
- Construcción de expectativas: capacidad de las personas de anticipar que ciertas cosas ocurren en ciertas situaciones.
- Expectación: valoración de la importancia de los resultados esperados del comportamiento.
- Construcción de autocontrol o auto-regulación: “las personas pueden tener control sobre su comportamiento a través de ajustarlo y supervisarlos” (Clark, 1992)
- Autoeficacia: estado interno de los individuos que experimentan “competencia” para desarrollar comportamientos, incluyendo la “confianza en la superación de los obstáculos para llevarlo a cabo” (Baranowski, 2002). La autoeficacia es específica para cada situación. La expectativa de autoeficacia se refiere a la percepción de poder ejercitar un comportamiento de forma regular sin tener en cuenta las circunstancias. Las personas alcanzan la auto eficacia mediante:
 - La consecución de actuación (dominio personal de un comportamiento)
 - Experiencias indirectas (observación de la actuación de otras personas)
 - Resultado de la persuasión verbal (recibir sugerencias)
 - Excitación emocional (interpretación del propio estado emocional)
- Expectativas de resultado: la percepción de la recompensa de llevar a cabo el comportamiento. (20)

Figura 6. Diferencia entre eficacia y expectativas



Fuente: McKenzie F (20)

- Construcción de respuestas de afrontamiento/respuesta de confrontación emocional: para que una persona aprenda debe ser capaz de tratar las fuentes de ansiedad relacionadas con el comportamiento.
- Determinismo recíproco: los cambios de comportamiento provienen de una interacción bidireccional entre la persona y el entorno.
- Locus de control (Rotter): percepción del centro de control sobre el refuerzo.
- Locus de control interno: las personas perciben que el refuerzo está bajo su control
- Locus de control externo: el refuerzo está bajo el control de una fuerza externa.

3. MÉTODOS

3.4 La intervención

3.4.4 Elaboración de los materiales incluidos en la intervención: cuestionarios y capítulos

3.4.4.2.2 *Aplicación del Modelo PRECEDE-PROCEED al programa de Intervención*

Tabla 3. Identificación de los factores a favor o en contra de la conducta: Administrar la VAG a las gestantes atendidas (a)

FACTORES:	CONDUCTA: Administrar la VAG ^a a las gestantes atendidas En general se contemplan todos los factores antes enunciados en cada una de las categorías de la tabla previa y los que se explicitan a continuación.	
	A FAVOR (POSITIVO)	EN CONTRA (NEGATIVO)
FACTORES PREDISPONENTES (conocimientos, actitudes, creencias, percepciones, experiencias...)	<p>La vacuna de la gripe en general no ocasiona complicaciones importantes.</p> <p>Puede que hubiera vacunado de gripe a alguna gestante incipiente por otro motivo (enfermedad crónica) sin ninguna implicación negativa para su gestación.</p> <p>Percepción de la opinión positiva del compañero que trabaja en el espacio donde está ubicada la nevera de las vacunas sobre la conducta de VAG de la matrona a las gestantes: la opinión favorable del compañero respecto a la VAG puede predisponer la conducta de vacunación de las matronas a las gestantes.</p>	<p>“Puede que alguna vez tenga que enfrentarme a una reacción anafiláctica”</p> <p>“Puedo pincharme...”</p> <p>“No sé registrarlo en el ECAP^b”</p> <p>“Puedo equivocarme en el registro del número de lote en el ECAP”</p>

^aVAG: Vacuna antigripal; ^bECAP: Estació Clínica d’Atenció Primària

Tabla 4. Identificación de los factores a favor o en contra de la conducta: Administrar la VAG a las gestantes atendidas (b)

FACTORES:	CONDUCTA: Administrar la VAG ^a a las gestantes atendidas En general se contemplan todos los factores antes enunciados en cada una de las categorías de la tabla previa y los que se explicitan a continuación.	
	A FAVOR (POSITIVO)	EN CONTRA (NEGATIVO)
FACTOR FACILITADORES (recursos y habilidades)	<p>Disponer de una nevera que funcione adecuadamente y que alguien realice el control de temperatura diario.</p> <p>Disponer de dosis suficientes de VAG de la temporada vigente y para el grupo de edad de gestantes a disposición de las matronas.</p> <p>Disponer de al menos de un par de dosis de VAG acelular.</p> <p>Facilitar el acceso a la nevera de las vacunas (posible llave, cerca de las consultas...)</p> <p>Disponer la información sobre cómo actuar/pedir ayuda en caso de un posible shock anafiláctico.</p> <p>Disponer de kits con fármacos para abordar un posible caso de shock anafiláctico.</p>	<p>Localización de alguna consulta de matrona aislada del resto del servicio (más difícil prestar ayuda).</p> <p>Localización de la consulta de matrona en un piso diferente al servicio y la nevera de vacunas (más costoso el acceso).</p>
FACTOR REFORZADOR (ofrece soporte al cambio de comportamiento)	<p>Influencia de comentarios positivos del compañero que trabaja en el espacio donde está ubicada la nevera de las vacunas sobre la conducta de vacunación antigripal de la matrona a las gestantes.</p> <p>Estrategia de incentivos DPO^b según coberturas de VAG en gestantes alcanzadas.</p> <p>Satisfacción por trabajar en un ASSIR^c que se aproxima a estándares de recomendación de VAG en gestantes.</p>	<p>No tratándose de una prioridad en el ASSIR, la nevera se ubica en el despacho del equipo directivo.</p>

^aVAG: Vacuna antigripal; ^bDPO: Dirección por Objetivos; ^cASSIR: Atención a la Salud Sexual y Reproductiva.

ANEXOS

Anexo 8.12: Análisis de datos de los cuestionarios administrados a las matronas en la reunión de presentación Llevaflú: 1ª Fase de PRECEDE

Anexo 8.12.1: Fases del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y comunicación del riesgo

Según la tabla 5, en general, el 74,1% de las matronas que respondieron el cuestionario informaron que habían decidido recomendar la VAG a las gestantes atendidas o ya la habían recomendado previamente. El 24,7% de las matronas expresaron indecisión/no consciencia de recomendación. Sólo el 1,2% indicó que no la recomendaría.

Tabla 5. Fases del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y Comunicación del Riesgo

Fase del proceso adopción de precauciones y comunicación del riesgo	n(%)
Fase 1: No consciente de la conveniencia de recomendación de la VAG ^a durante la gestación	3 (3,7)
Fase 2: He oído que es recomendable, pero no he pensado mucho sobre ello	5 (6,2)
Fase 3: No estoy seguro de mi intervención; estoy decidiendo si recomendaré o no la VAG a las gestantes que atiende	12 (14,8)
Fase 4: He decidido no recomendar la VAG a las gestantes que atiende	1 (1,2)
Fase 5: He decidido recomendar la VAG a las gestantes que atiende	17 (21,0)
Fase 6: En la campaña anterior recomendé la VAG a las gestantes y en esta campaña también tengo previsto recomendarla	43 (53,1)
Total	81 (100,0)

^aVAG: vacuna antigripal

Anexo 8.12.2: Análisis del Cuestionario sobre las Actitudes ante la Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria

En general, el 90,4% de las matronas que respondieron el cuestionario consideró el calendario de vacunación oficial bastante (33,3%) o muy importante (57,1%). El 72,6% de las matronas tuvo la misma opinión respecto a Prevenar[®] en niños menores de 2 años. Sin embargo, sólo el 57,8% de las matronas consideró la VAG bastante (24,1%) o muy importante (33,7%), frente al 32,5% de las matronas que la consideró ni mucho-ni poco importante y el 9,6% poco importante (tabla 6).

Tabla 6. Percepción de la importancia de las vacunas para los profesionales de enfermería.

	Importancia vacunas calendario oficial n (%)	Importancia Prevenar [®] en menores de 2 años n(%)	Importancia de la VAG ^a n(%)
Nada importante	0 (0,0)	2 (2,5)	0 (0,0)
Poco importante	2 (2,4)	6 (7,5)	8 (9,6)
Ni mucho, ni poco	6 (7,1)	14 (17,5)	27 (32,5)
Bastante importante	28 (33,3)	23 (28,8)	20 (24,1)
Muy importante	48 (57,1)	35 (43,8)	28 (33,7)
Total	84 (100)	80 (100,0)	83 (100,0)

^aVAG: Vacuna antigripal

Según muestra la tabla 7, en general, el 57,3% de las matronas consideró que las vacunaciones del calendario oficial debían mejorar en su centro de trabajo, opinión que aumentó hasta un 67,8% cuando se preguntó por la VAG. El 88,2% estimó que la mayoría de compañeros de su centro considera importante realizar actividades de prevención-promoción y el 96,4% de las matronas se mostraron dispuestas a colaborar. Respecto a la percepción de colaboración de sus compañeros, el 65,1% de las matronas estimó que los médicos estarían dispuestos a colaborar, frente al 84% de las matronas que estimaron la disposición de los/as enfermeros/as.

Tabla 7. Percepción de las matronas sobre las actividades preventivas y de promoción de la salud en su centro de trabajo.

	Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones de calendario vacunal oficial n(%)	Donde trabajas debe mejorar la VAG ^a n(%)	En mi centro, la mayoría de compañeros consideran importante realizar actividades de prevención y promoción n(%)	Dispuesto a colaborar actividades preventivas y de promoción n(%)	Médicos de mi centro están dispuestos a colaborar en la mejora de actividades preventivas y de promoción n(%)	Enfermeras de mi centro están dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción n(%)
Muy en desacuerdo	4 (4,9)	3 (3,6)	0 (0)	0 (0)	1 (1,2)	0 (0)
En desacuerdo	7 (8,5)	7 (8,3)	0 (0)	2 (2,4)	6 (7,2)	2 (2,5)
Ni acuerdo, ni desacuerdo	24 (29,3)	17 (20,2)	10 (11,8)	1 (1,2)	22 (26,5)	11 (13,6)
De acuerdo	35 (42,7)	37 (44,0)	41 (48,2)	33 (38,8)	43 (51,8)	34 (42,0)
Muy de acuerdo	12 (14,6)	20 (23,8)	34 (40)	49 (57,6)	11 (13,3)	34 (42,0)
Total	82 (100,0)	84 (100,0)	85 (100,0)	85 (100,0)	83 (100,0)	81 (100,0)

^aVAG: Vacuna antigripal

La tabla 8 muestra que en general, el 84,1% de las matronas consideró necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas-promoción durante el transcurso de las consultas; el 89,4% consideró que podría mejorar su trabajo si hubiera un recordatorio en la historia clínica digital, el 88,1% si hubiera apoyo y seguimiento para reducir los factores de riesgo, el 100% identificó el trabajo en equipo como una buena forma para mejorarlas y el 97,7% de las matronas consideró que deberían integrar la prevención-promoción sistemáticamente en las actividades realizadas. El 85,7% de las matronas consideró que la mayoría de los pacientes quieren recibir servicios de prevención y promoción para la salud.

Tabla 8. Percepción de las matronas sobre las medidas de mejora de las actividades de prevención y promoción en su centro de trabajo.

	Necesario poner en marcha alguna solución para mejorar actividades preventivas y de promoción durante el transcurso de las consultas n(%)	Podría hacer mejor mi trabajo si hubiera recordatorio en HD ^a para actividades de prevención y promoción n(%)	Podría hacer mejor mi trabajo si hubiera apoyo y seguimiento para reducir FR ^b n(%)	La mayoría de pacientes quieren servicios de prevención y promoción n(%)	Deberíamos integrar la prevención y promoción sistemáticamente en las actividades realizadas n(%)	El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar actividades preventivas y de promoción n(%)
Muy en desacuerdo	1 (1,2)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)
En desacuerdo	3 (3,7)	1 (1,2)	0 (0,0)	1 (1,2)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ni acuerdo, ni desacuerdo	9 (11,0)	7 (8,2)	10 (11,8)	11 (13,1)	1 (1,2)	0 (0,0)
De acuerdo	41 (50,0)	37 (43,5)	38 (45,2)	42 (50,0)	40 (47,1)	25 (29,4)
Muy de acuerdo	28 (34,1)	39 (45,9)	36 (42,9)	30 (35,7)	43 (50,6)	60 (70,6)
Total	82 (100,0)	85 (100)	84 (100,0)	84 (100,0)	85 (100)	85 (100)

^aHD: Historia clínica digital; ^bFR: Factores de riesgo

El 89,4% de las matronas consideró que en su centro generalmente se realizan acciones preventivas y de promoción de buena calidad (tabla 9).

Tabla 9. Percepción de las matronas sobre la realización en su centro de acciones preventivas y de promoción de buena calidad.

	Mi centro generalmente realiza acciones preventivas y de promoción de buena calidad n(%)
Muy en desacuerdo	0 (0,0)
En desacuerdo	1 (1,2)
Ni acuerdo, ni desacuerdo	8 (9,4)
De acuerdo	41 (48,2)
Muy de acuerdo	35 (41,2)
Total	85 (100)

Según la tabla 10, en general, la percepción de los obstáculos (moderado/grande/muy grande) respecto a las actividades preventivas y de promoción fue elevada. El 76,2% de las matronas consideró la resistencia del paciente al cambio como un obstáculo moderado-grande-muy grande, seguido del 75,9% que identificó como tal la carga de trabajo y el 71,4% que indicó el tiempo requerido en las actividades preventivas. Hasta el 21,4% de las matronas consideró como un pequeño obstáculo la importancia de las actividades preventivas/promoción frente a otras responsabilidades y el tiempo requerido para llevarlas a cabo. Sin embargo, el 40,5% de las matronas desestimó como obstáculo el apoyo de los equipos directivos y el 28,6% la importancia de las actividades preventivas frente a otras responsabilidades.

Tabla 10. Percepción de las matronas sobre los posibles obstáculos relacionados con las actividades preventivas y de promoción.

	Puede representar un obstáculo...				
	La importancia de las actividades preventivas/promoción frente a mis otras responsabilidades	El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo actividades preventivas y de promoción	La cantidad de tiempo que requieren	La carga de trabajo adicional que requieren	La resistencia del paciente a cambiar su comportamiento para mejorar su salud
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
No es un obstáculo	24 (28,6)	34 (40,5)	6 (7,1)	4 (4,8)	5 (6,0)
Pequeño	18 (21,4)	16 (19,0)	18 (21,4)	16 (19,3)	15 (17,9)
Moderado	30 (35,7)	20 (23,8)	28 (33,3)	26 (31,3)	19 (22,6)
Grande	8 (9,5)	9 (10,7)	20 (23,8)	22 (26,5)	25 (29,8)
Muy grande	4 (4,8)	5 (6,0)	12 (14,3)	15 (18,1)	20 (23,8)
Total	84 (100,0)	84 (100,0)	84 (100,0)	83 (100,0)	84 (100,0)

En general, el 80,8% de las matronas consideró que los profesionales de enfermería están bastante o muy implicados en las actividades preventivas-promoción de la salud (tabla 11).

Tabla 11. Grado de implicación de los profesionales de enfermería en las actividades preventivas y de promoción de la salud.

Grado de implicación de enfermería en actividades preventivas y de promoción	
	n(%)
Poco implicado	3 (3,8)
Ni mucho, ni poco	12 (15,4)
Bastante implicado	28 (35,9)
Muy implicado	35 (44,9)
Total	78 (100,0)

Anexo 8.12.3: Relación entre el análisis de los datos de los cuestionarios administrados a las matronas en la reunión de presentación Llevaflú y el ASSIR donde desarrollan su labor profesional

Anexo 8.12.3.1: Fases del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y Comunicación del Riesgo (MPAP) según el ASSIR concreto de las matronas

No se observaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la fase de cambio de las matronas y el ASSIR concreto donde desarrollan su labor profesional.

Anexo 8.12.3.2: Análisis de los datos del Cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la Salud en Atención Primaria (CAPPAP) según el ASSIR concreto de las matronas

- Consideración de la importancia de las vacunas para los profesionales de enfermería según el ASSIR concreto de las matronas (Preguntas 6-8):
 - Importancia de las vacunas del calendario oficial: NS
 - Importancia de Prevenir[®] en menores de 2 años: (tabla 13)
 - Importancia de la VAG: NS

Según la tabla 12, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de las matronas sobre la importancia de Prevenir[®] en menores de 2 años y el ASSIR donde desarrollan su labor profesional. El 95,5% de las matronas del ASSIR Alt Penedès -Garraf-Nord la consideraron una vacuna bastante o muy importante, frente al 46,7% de las matronas de Terres de l'Ebre que tuvieron la misma opinión (p=0,044).

Tabla 12. Consideración de la importancia de Prevenir[®] por las matronas encuestadas según el ASSIR concreto

		Nombre del ASSIR ^a						Total n(%)
		Alt Penedès- Garraf-Nord	Baix Llobregat Centre	Baix Llobregat Delta-Litoral	Lleida- PUNSU ^b	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Importancia	Nada importante	1 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (7,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (2,5)
Prevenir [®] en menores de 2 años.	Poco importante	0 (0,0)	1 (8,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (20,0)	3 (20,0)	6 (7,5)
	Ni mucho, ni poco	0 (0,0)	2 (16,7)	3 (37,5)	2 (15,4)	2 (20,0)	5 (33,3)	14 (17,5)
	Bastante importante	8 (36,4)	1 (8,3)	4 (50,0)	5 (38,5)	4 (40,0)	1 (6,7)	23 (28,8)
	Muy importante	13 (59,1)	8 (66,7)	1 (12,5)	5 (38,5)	2 (20,0)	6 (40,0)	35 (43,8)
Total		22 (100,0)	12 (100,0)	8 (100,0)	13(100,0)	10 (100,0)	15 (100,0)	80 (100,0)

^aASSIR: Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva; ^bLleida-PUNSU: Urgell-Segarra-Noguera-Segrià-Garrigues-Pal d'Urgell.

- Percepción sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en su centro de trabajo según el ASSIR concreto donde desarrollan su labor profesional (Preguntas 17,19,23-26):
 - Donde trabajan deben mejorar las vacunaciones según calendario vacunal oficial: NS
 - Donde trabajas debe mejorar la VAG: NS
 - En mi centro, la mayoría de compañeros consideran importante realizar actividades de prevención y promoción: NS
 - Dispuesto a colaborar en las actividades preventivas y de promoción: NS
 - Los profesionales médicos de mi centro están dispuestos a colaborar en actividades preventivas y de promoción: (tabla 13)
 - Los profesionales de enfermería de mi centro están dispuestos a colaborar en actividades preventivas y de promoción: (tabla 14)

En la tabla 13, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de las matronas sobre la disposición de los médicos para mejorar las actividades preventivas y de promoción y los ASSIR, desde el 90% de las matronas de Alt Penedès-Garraf-Nord y el 73,3% de las de Terres de l'Ebre, hasta el 30% de las matronas de Camp de Tarragona. Por el contrario, la percepción de no disposición de los médicos a colaborar en la mejora también fue variable, desde el 30% de las matronas del ASSIR Baix Llobregat Delta-Litoral y el 20% de las de Camp de Tarragona, hasta en los ASSIR Alt Penedè -Garraf-Nord y Baix Llobregat Centre donde ninguna matrona tuvo la misma opinión ($p=0,013$).

Tabla 13. Consideración de las matronas según el ASSIR concreto sobre la disposición de colaboración de los profesionales médicos en la mejora de las actividades preventivas y de promoción

		Nombre del ASSIR ^a						Total n(%)
		Alt Penedès- Garraf-Nord	Baix Llobregat Centre	Baix Llobregat Delta-Litoral	Lleida- PUNSU ^b	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Médico dispuesto colaborar mejora	Muy en desacuerdo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	1 (1,2)
	En desacuerdo	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (30,0)	1 (7,7)	1 (10,0)	1 (6,7)	6 (7,2)
	Ni acuerdo, ni desacuerdo	2 (10,0)	6 (40,0)	3 (30,0)	3 (23,1)	5 (50,0)	3 (20,0)	22 (26,5)
	De acuerdo	12 (60,0)	9 (60,0)	3 (30,0)	6 (46,2)	2 (20,0)	11 (73,3)	43 (51,8)
	Muy de acuerdo	6 (30,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	3 (23,1)	1 (10,0)	0 (0,0)	11 (13,3)
Total		22 (100,0)	15 (100,0)	10 (100,0)	13 (100,0)	10 (100,0)	15 (100,0)	85 (100,0)

^aASSIR: Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva; ^bLleida-PUNSU: Urgell-Segarra-Noguera-Segrià-Garrigues-Pal d'Urgell.

Como muestra la tabla 14, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de las matronas sobre la disposición de los profesionales de enfermería para mejorar las actividades preventivas y de promoción y el ASSIR concreto de las matronas. El 100% de las matronas de Alt Penedès-Garraf-Nord y del ASSIR Lleida-PUNSU consideró que los profesionales de enfermería estaban dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas, frente al 50% de las matronas de Camp de Tarragona que tuvieron la misma opinión ($p=0,006$).

Tabla 14. Consideración de las matronas sobre la disposición de colaboración de los profesionales de enfermería en la mejora de las actividades preventivas y de promoción, según el ASSIR concreto de las matronas

		Nombre del ASSIR ^a						Total n(%)
		Alt Penedès- Garraf-Nord n(%)	Baix Llobregat Centre n(%)	Baix Llobregat Delta-Litoral n(%)	Lleida- PUNSU ^b n(%)	Camp de Tarragona n(%)	Terres de l'Ebre n(%)	
Enfermería dispuesta a colaborar mejora	Muy en desacuerdo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
	En desacuerdo	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (6,7)	2 (2,5)
	Ni acuerdo, ni desacuerdo	0 (0,0)	2 (15,4)	1 (10,0)	0 (0,0)	5 (50,0)	3 (20,0)	11 (13,6)
	De acuerdo	12 (57,1)	3 (23,1)	5 (50,0)	4 (33,3)	1 (10,0)	9 (60,0)	34 (42,0)
	Muy de acuerdo	9 (42,9)	8 (61,5)	3 (30,0)	8 (66,7)	4 (40,0)	2 (13,3)	34 (42,0)
Total		21 (100,0)	13 (100,0)	10 (100,0)	12 (100,0)	10 (100,0)	15 (100,0)	81 (100,0)

^aASSIR: Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva; ^bLleida-PUNSU: Urgell-Segarra-Noguera-Segrià-Garrigues-Pal d'Urgell.

- Percepción de las matronas sobre las medidas para mejorar las actividades de prevención y promoción en su centro de trabajo según el ASSIR concreto (Preguntas 27-32):
 - Necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción en las consultas: NS (tabla 15)
 - Podría hacer mejor mi trabajo si hubiera un recordatorio en la historia digital sobre actividades de prevención y de promoción: NS
 - Podría hacer mejor mi trabajo si hubiera apoyo y seguimiento para reducir los factores de riesgo: NS
 - La mayoría de pacientes quieren servicios de prevención y promoción: NS
 - Deberíamos integrar la prevención-promoción sistemáticamente en las actividades realizadas: NS
 - El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las actividades preventivas y de promoción: NS

A pesar de que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los ASSIR concretos, la mayoría de matronas de los ASSIR estudiados mostraron conformidad con la necesidad de poner en marcha medidas para mejorar las actividades preventivas y de promoción en la consulta, desde el 77,3% de las matronas del ASSIR Alt Penedès-Garraf-Nord hasta el 90% en los ASSIR Baix Llobregat Delta-Litoral y Camp de Tarragona (tabla 15).

Tabla 15. Percepción de las matronas sobre la necesidad de poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción en las consultas:

		Nombre del ASSIR ^a						Total n(%)
		Alt Penedès- Garraf-Nord n(%)	Baix Llobregat Centre n(%)	Baix Llobregat Delta-Litoral n(%)	Lleida- PUNSU ^b n(%)	Camp de Tarragona n(%)	Terres de l'Ebre n(%)	
Necesario poner en marcha medidas mejorar actividades preventivas y de promoción en la consulta	Muy en desacuerdo	1 (4,5)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,2)
	En desacuerdo	1 (4,5)	1 (7,1)	1 (10,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (3,7)
	Ni acuerdo-ni desacuerdo	3 (13,6)	1 (7,1)	0 (0,0)	2 (15,4)	1 (10,0)	2 (15,4)	9 (11,0)
	De acuerdo	10 (45,5)	6 (42,9)	6 (60,0)	6 (46,2)	6 (60,0)	7 (53,8)	41 (50,0)
	Muy de acuerdo	7 (31,8)	6 (42,9)	3 (30,0)	5 (38,5)	3 (30,0)	4 (30,8)	28 (34,1)
Total		22 (100,0)	14 (100,0)	10 (100,0)	13 (100,0)	10 (100,0)	13 (100,0)	82 (100,0)

^aASSIR: Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva; ^bLleida-PUNSU: Urgell-Segarra-Noguera-Segrià-Garrigues-Pal d'Urgell.

- Percepción de que en su centro de trabajo se realizan actividades preventivas y de promoción de buena calidad, según el ASSIR concreto de las matronas (Pregunta 33): NS

- Percepción de las matronas sobre los posibles obstáculos relacionados con las actividades preventivas y de promoción, según el ASSIR concreto de las matronas (Preguntas 34-38)
 - La importancia de las actividades preventivas-promoción frente a otras responsabilidades: NS
 - El apoyo recibido por la dirección del centro: NS
 - La cantidad de tiempo que requieren: (tabla 16)
 - La carga de trabajo que requieren: (tabla 17)
 - La resistencia del paciente a cambiar su comportamiento para mejorar su salud: NS

Según la tabla 16, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre la percepción de las matronas sobre el obstáculo del tiempo requerido para las actividades preventivas y de promoción y el ASSIR concreto. De hecho, en el ASSIR Alt Penedès-Garraf-Nord sólo el 9,1% de las matronas lo identificaron como un obstáculo grande o muy grande, frente al 66,7% de las matronas de Terres de l'Ebre y de Baix Llobregat Delta-Litoral que lo identificaron como tal ($p=0,019$).

Tabla 16. Percepción de las matronas sobre el obstáculo del tiempo que requieren las actividades de prevención y de promoción, según el ASSIR concreto

		Nombre del ASSIR ^a						Total n(%)
		Alt Penedès- Garraf-Nord	Baix Llobregat Centre	Baix Llobregat Delta-Litoral	Lleida- PUNSU ^b	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre	
		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	
Obstáculo: tiempo requieren	No es un obstáculo	1 (4,5)	2 (13,3)	1 (11,1)	1 (7,7)	1 (10,0)	0 (0,0)	6 (7,1)
	Pequeño	7 (31,8)	2 (13,3)	1 (11,1)	5 (38,5)	2 (20,0)	1 (6,7)	18 (21,4)
	Moderado	12 (54,5)	4 (26,7)	1 (11,1)	4 (30,8)	3 (30,0)	4 (26,7)	28 (33,3)
	Grande	0 (0,0)	3 (20,0)	6 (66,7)	1 (7,7)	4 (40,0)	6 (40,0)	20 (23,8)
	Muy grande	2 (9,1)	4 (26,7)	0 (0,0)	2 (15,4)	0 (0,0)	4 (26,7)	12 (14,3)
Total		22 (100,0)	15 (100,0)	9 (100,0)	13 (100,0)	10 (100,0)	15 (100,0)	84 (100,0)

^aASSIR: Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva; ^bLleida-PUNSU: Urgell-Segarra-Noguera-Segrià-Garrigues-Pal d'Urgell.

La tabla 17 muestra que se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los ASSIR respecto a la percepción del obstáculo relacionado con la carga de trabajo que ocasionan las actividades preventivas. El 66,6% de las matronas de los ASSIR Baix Llobregat Centre y

Terres de l'Ebre lo consideraron un obstáculo grande-muy grande, frente al 22,7% de las matronas de Alt Penedès-Garraf-Nord y el 23,1% de las de Lleida-PUNSU que lo consideraron del mismo modo (p=0,022).

Tabla 17. Percepción de las matronas sobre el obstáculo de la carga de trabajo que requieren las actividades preventivas y de promoción, según el ASSIR concreto

		Nombre del ASSIR ^a						Total n(%)
		Alt Penedès- Garraf-Nord n(%)	Baix Llobregat Centre n(%)	Baix Llobregat Delta-Litoral n(%)	Lleida- PUNSU ^b n(%)	Camp de Tarragona n(%)	Terres de l'Ebre n(%)	
Obstáculo: carga de trabajo requiere	No es un obstáculo	0 (0,0)	2 (13,3)	1 (11,1)	0 (0,0)	1 (11,1)	0 (0,0)	4 (4,8)
	Pequeño	6 (27,3)	1 (6,7)	1 (11,1)	5 (38,5)	2 (22,2)	1 (6,7)	16 (19,3)
	Moderado	11 (50,0)	2 (13,3)	1 (11,1)	5 (38,5)	3 (33,3)	4 (26,7)	26 (31,3)
	Grande	4 (18,2)	5 (33,3)	6 (66,7)	1 (7,7)	1 (11,1)	5 (33,3)	22 (26,5)
	Muy grande	1 (4,5)	5 (33,3)	0 (0,0)	2 (15,4)	2 (22,2)	5 (33,3)	15 (18,1)
Total		22 (100,0)	15 (100,0)	9 (100,0)	13 (100,0)	9 (100,0)	15 (100,0)	83 (100,0)

^aASSIR: Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva; ^bLleida-PUNSU: Urgell-Segarra-Noguera-Segrià-Garrigues-Pal d'Urgell.

- Percepción de las matronas sobre el grado de implicación de enfermería en las actividades preventivas y de promoción, según el ASSIR concreto (Pregunta 39): NS.

Anexo 8.12.4: Relación entre el análisis de los datos de los cuestionarios administrados a las matronas en la reunión de presentación Llevaflú y el tipo de ASSIR de las matronas (DPO/no DPO)

Anexo 8.12.4.1: Fases del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y Comunicación del Riesgo (MPAP) según el tipo de ASSIR de las matronas (DPO/no DPO)

Según la tabla 18, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las matronas de los ASSIR DPO y los no DPO respecto a la fase del proceso de adopción-precaución y comunicación del riesgo ($P=0,009$). El 87% de las matronas de los ASSIR DPO informó que habían decidido recomendar la VAG a las gestantes atendidas o la había recomendado previamente, frente al 57,2% de las matronas de los ASSIR no DPO. El 2,2% de las matronas de los ASSIR DPO estaban decidiendo sobre la recomendación de la VAG, frente al 31,4% de los ASSIR no DPO ($p=0,009$).

Tabla 18. Fases del Modelo del Proceso de Adopción de Precauciones y Comunicación del Riesgo (MPAP) según tipo de ASSIR (DPO/no DPO)

		ASSIR ^a DPO ^b		Total
		Sí n(%)	No n(%)	n(%)
Fase del proceso de adopción de precauciones y comunicación del riesgo	Fase 1: No consciente de la conveniencia de la recomendación de la VAG ^c durante la gestación	2 (4,3)	1 (2,9)	3 (3,7)
	Fase 2: He oído que es recomendable, pero no he pensado mucho sobre ello	2 (4,3)	3 (8,6)	5 (6,2)
	Fase 3: No estoy seguro de mi intervención; estoy decidiendo si recomendaré o no la VAG a las gestantes que atienda.	1 (2,2)	11 (31,4)	12 (14,8)
	Fase 4: He decidido no recomendar la VAG a las gestantes que atienda	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (1,2)
	Fase 5: He decidido recomendar la VAG a las gestantes que atienda	12 (26,1)	5 (14,3)	17 (21,0)
	Fase 6: En la campaña anterior recomendé la VAG a las gestantes y en esta campaña también tengo previsto recomendarla.	28 (60,9)	15 (42,9)	43 (53,1)
Total		46(100,0)	35 (100,0)	81 (100,0)

^a ASSIR: Atención a la Salud Sexual i Reproductiva; ^bDPO: Dirección por objetivos; ^cVAG: Vacuna antigripal

Anexo 8.8.4.2: Análisis de los datos del Cuestionario sobre Actitudes ante la Prevención y la Promoción de la salud en Atención Primaria (CAPPAP) según el tipo de ASSIR de las matronas (DPO/no DPO)

- Consideración de la importancia de las vacunas para los profesionales de enfermería según el tipo de ASSIR (DPO/no DPO) (Preguntas 6-8):
 - Importancia de las vacunas del calendario oficial: NS
 - Importancia de Prevenar[®] en menores de 2 años: NS
 - Importancia de la VAG: NS

- Percepción de las matronas sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en su centro de trabajo según el tipo de ASSIR (DPO/no DPO) (Preguntas 17,19,23-26):

- Donde trabajan deben mejorar las vacunaciones según calendario vacunal oficial: NS
 - Donde trabajas debe mejorar la VAG: NS
 - En mi centro, la mayoría de compañeros consideran importante realizar actividades de prevención y promoción: NS
 - Dispuesto a colaborar en las actividades preventivas y de promoción: NS
 - Profesionales médicos de mi centro están dispuestos a colaborar en actividades preventivas y de promoción: NS
 - Profesionales de enfermería de mi centro están dispuestos a colaborar en actividades preventivas y de promoción: NS
- Percepción de las matronas sobre las medidas para mejorar de las actividades de prevención y promoción en su centro de trabajo según el tipo de ASSIR (DPO/no DPO) (Preguntas 27-32):
- Necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción en las consultas: NS (tabla 20)
 - Podría hacer mejor mi trabajo si hubiera un recordatorio en la historia digital sobre actividades de prevención y de promoción: NS
 - Podría hacer mejor mi trabajo si hubiera apoyo y seguimiento para reducir los factores de riesgo: NS
 - La mayoría de pacientes quieren servicios de prevención y promoción: NS
 - Deberíamos integrar la prevención-promoción sistemáticamente en las actividades realizadas: NS
 - El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las actividades preventivas y de promoción: NS

Según los datos presentados en la tabla 19, y a pesar de que no se observaran diferencias estadísticamente significativas, las matronas de los ASSIR no DPO informaron que no mostrarían desacuerdo en la necesidad de poner en marcha alguna

solución para mejorar las actividades de prevención y promoción en la consulta frente al 8,7% de las matronas de los ASSIR DPO que sí expresaron su disconformidad.

Tabla 19. Percepción sobre la necesidad de poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción en la consulta, según tipo de ASSIR (DPO/no DPO)

			ASSIR ^a DPO ^b		Total
			Sí	No	
			n(%)	n(%)	n(%)
Solución	mejorar	Muy en desacuerdo	1 (2,2)	0 (0,0)	1 (1,2)
actividades	de	En desacuerdo	3 (6,5)	0 (0,0)	3 (3,7)
prevención	y	Ni acuerdo, ni desacuerdo	4 (8,7)	5 (13,9)	9 (11,0)
promoción	en la	De acuerdo	22 (47,8)	19 (52,8)	41 (50,0)
consulta		Muy de acuerdo	16 (34,8)	12 (33,3)	28 (34,1)
Total			46 (100,0)	36 (100,0)	82 (100,0)

^aASSIR: Atención a la Salud Sexual i reproductiva; ^bDPO: Dirección por Objetivos

- Percepción de que en su centro de trabajo se realizan actividades preventivas y de promoción de buena calidad según el tipo de ASSIR (DPO/no DPO) (Pregunta 33): NS
- Percepción de las matronas sobre los posibles obstáculos relacionados con las actividades preventivas y de promoción según el tipo de ASSIR (DPO/no DPO) (Preguntas 34-38)
 - La importancia de las actividades preventivas-promoción frente a otras responsabilidades: NS
 - El apoyo recibido por la dirección del centro: NS
 - La cantidad de tiempo que requieren: NS
 - La carga de trabajo que requieren: NS
 - La resistencia del paciente a cambiar su comportamiento para mejorar su salud: NS
- Percepción sobre el grado de implicación de los profesionales de enfermería en las actividades preventivas y de promoción según el tipo de ASSIR (DPO/no DPO) (Pregunta 39): NS

BIBLIOGRAFÍA

1. Vázquez ML, Vargas I, Aller M. Reflexiones sobre el impacto de la crisis en la salud y la atención sanitaria de la población inmigrante. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(Supl 1):142–6.
2. Regidor E, Díaz Olalla J, Lostao L, Pascual C, Sánchez E, Sanz B. Diferencias en la utilización de servicios sanitarios entre la población inmigrante y la población española. Fundación de Ciencias de la Salud, editor. Madrid; 2008. 1-145 p.
3. Carmona R, Alcázar-Alcázar R, Sarría-Santamera A, Regidor E. Frecuentación de las consultas de medicina general y especializada por población inmigrante y autóctona: Una revisión sistemática. Rev Esp Salud Pública. 2014;88(1):135–55.
4. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A. Salud sexual y reproductiva, y crisis económica en España . Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(S1):109–15.
5. Llácer A, Fernández-Cuenca R, Martínez-Navarro F. Crisis económica y patología infecciosa. Informe SESPAS 2014. Gac Sanit. 2014;28(S1):97–103.
6. Carrasco-Garrido P, Jiménez-García R, Hernández Barrera V, López de Andrés A, Gil de Miguel Á. Significant differences in the use of healthcare resources of native-born and foreign born in Spain. BMC Public Health. 2009;9(1):201–13.
7. Cots F, Castells X, Ollé C, Manzanera R, Varela J, Vall O. Perfil de la casuística hospitalaria de la población inmigrante en Barcelona. Gac Sanit. 2002 Jan;16(5):376–84.
8. OMS UNICEF Banco Mundial. Vacunas e inmunización : situación mundial [Internet]. 3ª edición. Organización Mundial de la Salud, editor. Ginebra; 2010. 1-228 p. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789243563862_spa.pdf
9. Tezanos Vázquez S, Quiñones Montellano A. ¿Países de Renta Media? Una taxonomía alternativa del desarrollo de America Latina y el Caribe. Iberoam J Dev Stud. 2012;1(2):4–27.
10. United Nations. undp.org[Internet]. New York: United Nations Development Programme; 2014. [Internet]. Nueva York; 2014. Available from: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/>
11. Malik K. Informe sobre Desarrollo Humano 2014. Nueva York:Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2014; 1-258 p.
12. worldbank.org. [Internet]. Washington:The World Bank; 2014 [Internet]. Contry

- and Lending Groups. [cited 2015 Nov 1]. Available from: <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>
13. The World Bank. World Bank list of economies. Washington: The World Bank; 2014.
 14. worldbank.org. [Internet]. Washington: The World Bank; 2015. [Internet]. What is the World Bank Atlas method? [cited 2015 Jan 3]. Available from: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378832-what-is-the-world-bank-atlas-method>
 15. oecd.org. [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2015. [Internet]. DAC List of ODA Recipients. Available from: <http://www.oecd.org/dac/stats/daclist.htm>
 16. The World Bank. World Bank list of economies. Washington: The World Bank; 2015. Washington; 2015.
 17. Quach S, Hamid JS, Pereira JA, Heidebrecht CL, Deeks SL, Crowcroft NS. Influenza vaccination coverage across ethnic groups in Canada. *CMAJ*. 2012;184(15):1661–2.
 18. Gessner B. Influenza vaccination coverage across ethnic groups in Canada. *CMAJ*. 2012;184(15):1673–81.
 19. World Health Organization. Health Education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies. [Internet]. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean, editor. Health promotion practice. Cairo; 2012. 1-82 p. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24948598>
 20. McKenzie JF, Neiger BL, Thackeray R. La planificació, implementació i avaluació dels programes de promoció de salut. Càtedra de Promoció per la Salut de la Universitat de Girona, editor. Girona: Documenta Universitaria: Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona; 2011; 1-482 p.
 21. Gottlieb N, Kok G, Parcel G, Bartholomew K, Fernández M. Planificació de programes de promoció de la salut. Girona: Documenta Universitaria: Càtedra de Promoció de la Salut de la Universitat de Girona, 2011; 1-727 p.
 22. Rueda Martínez de Santos JR, Manzano Martínez I, Páez Rovira D, Pérez de Arriba Díaz de Argandeña J, Zuazagoitia Nubla J, Zulueta Ortíz de Villalba G. La

promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco; 2008.: Osteba D-08-08; 1-81 p.