



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



ORIGINAL

Actitudes de médicos y enfermeras ante las actividades preventivas y de promoción en atención primaria

Antonio Jesús Ramos-Morcillo^{a,*}, María Ruzafa-Martínez^a,
Serafín Fernández-Salazar^b, Rafael del-Pino-Casado^c y David Armero Barranco^a

^a Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia, Murcia, España

^b Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura, Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir, Puente de Génave, Jaén, España

^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, Jaén, España

Recibido el 9 de enero de 2014; aceptado el 5 de febrero de 2014

PALABRAS CLAVE

Actitudes;
Prevención;
Promoción de salud;
Atención primaria
de salud

Resumen

Objetivo: Conocer la actitud de los profesionales de medicina y enfermería del sistema sanitario público andaluz ante las intervenciones preventivas y de promoción de salud (PPS) en el contexto de la atención primaria y la relación con las variables sociolaborales y con las competencias autodeclaradas en PPS.

Diseño: Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo transversal.

Emplazamiento Atención primaria, comunidad autónoma de Andalucía, España.

Participantes: Se incluyeron los 282 profesionales (médicos y enfermeras) que participaron en la validación del cuestionario sobre las actitudes ante PPS en atención primaria (CAPPAP). Pertenecían a 22 centros de salud del sistema sanitario público andaluz.

Mediciones principales: Actitud de los profesionales ante las actividades de PPS, compuesta por las dimensiones: necesidad de mejora, percepción de la actitud de otros compañeros, importancia, oportunidades de mejora y obstáculos. Se utilizó el cuestionario validado CAPPAP. Se incluyeron variables sociolaborales y preguntas sobre las competencias autodeclaradas en PPS.

Resultados: Todas las dimensiones del CAPPAP superan el punto medio de la escala (2,5), oscilando sus valores entre 3,06 (DT: 0,76) en «necesidad de mejora» y 4,39 (DT: 0,49) en «importancia». Las variables sociolaborales y de competencias autodeclaradas presentan una relación estadísticamente significativa con las dimensiones de la actitud de los profesionales, excepto: años en atención primaria, formación y realización de actividades programadas de PPS.

Conclusiones: Las actitudes de los profesionales ante las actividades de PPS son aceptables y se debe trabajar en su mantenimiento. Las organizaciones sanitarias deberían implementar intervenciones adaptadas a distintos perfiles profesionales así como intervenciones que pongan en valor dichas actividades y mejoren la pericia y la seguridad en su realización.

© 2014 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ajramos@um.es, antoniojesusra@gmail.com (A.J. Ramos-Morcillo).

KEYWORDS

Attitude;
Prevention;
Health promotion;
Primary health care

Attitudes of physicians and nurses towards health prevention and promotion activities in Primary Care

Abstract

Objective: To determine the attitudes of physicians and registered nurses in the Andalusian Public Health System towards preventive and health promotion (PHP) interventions in the context of Primary Health Care and the relationship with occupational variables and self-reported competence in PHP.

Design: Multicenter, observational, descriptive study.

Location: Primary Health Care (PHC), Andalusia, Spain.

Participants: A total of 282 professionals (physicians and nurses) from 22 Healthcare centers of the Andalusian public health system and who participated in the validation of CAPPAP were included.

Principal measurements: The attitude of physicians and registered nurses towards PHP activities consisted of five dimensions: improvements necessary, perception of peers attitude, importance, obstacles, and improvement opportunities. The validated CAPPAP questionnaire was used. Occupational variables and questions about self-reported competence in PHP were also included.

Results: All dimensions of CAPPAP exceeded the midpoint of the scale (2.5), with their values varying between 3.06 (SD: 0.76) in "improvement necessary", and 4.39 (SD: 0.49) in "importance". The self-declared social, occupational, and competences variables have a statistically significant relationship with the dimensions of the attitude of the professionals except: job experience in PHC, training and implementation of scheduled PHP activities.

Conclusions: The attitudes of physicians and registered nurses towards PHP activities are acceptable, and work must be done to sustain it. Healthcare organizations should implement interventions adapted to different professional profiles. They should also increase activities to improve professional skills in order to provide the appropriate care.

© 2014 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años, en los países con altos ingresos per cápita se ha conseguido un incremento muy notable de la esperanza de vida, pero esta prolongación se ha hecho fundamentalmente aumentando los años de vida con peor calidad y alta prevalencia de problemas de salud crónicos. Además, en estos países las principales causas de muerte están relacionadas con inadecuados estilos de vida y otros factores de riesgo cardiovascular¹⁻³. Sin duda, esta situación representa uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios.

Los profesionales de atención primaria disponen de intervenciones preventivas y de promoción de salud (PPS) efectivas para disminuir la morbimortalidad de las causas de muerte anteriormente mencionadas^{2,3}. No obstante, existen situaciones paradójicas, como el caso del tabaquismo, en el que, a pesar de que los profesionales disponen de intervenciones efectivas para disminuir el consumo⁴, su aplicación es escasa⁵. Parece existir una separación importante entre las recomendaciones sobre PPS que ofrecen los resultados de la investigación y el comportamiento de los profesionales en la práctica clínica^{6,7}, incluso de los que están en formación⁸.

Para explicar las intenciones de comportamiento y la conducta de los profesionales de la salud, la teoría de la conducta planificada (TCP)⁹ se considera una de las más adecuadas¹⁰⁻¹². De acuerdo con ella, la intención de conducta se explica por 3 factores: a) actitudes, que hacen

referencia a la evaluación general del comportamiento y están determinadas por las creencias acerca de ese comportamiento y las percepciones sobre las consecuencias de la conducta; b) norma subjetiva, que se refiere a la aprobación social percibida sobre ese comportamiento y está determinada por las expectativas con respecto a si los grupos de referencia importantes aprobarían esa conducta, y c) control conductual percibido, que se refiere a la confianza que se tiene acerca de la propia capacidad para llevar a cabo una conducta específica y está determinado por la percepción de oportunidades, barreras y recursos necesarios para hacerlo⁹.

Distintos autores consideran las actitudes de los profesionales sanitarios de atención primaria como uno de los factores determinantes que pueden facilitar u obstaculizar la realización de actividades de PPS¹³. A pesar de ello, se sabe poco sobre las actitudes que estos profesionales tienen ante la PPS y las variables que pueden afectarlas¹⁴. Por tanto, conocerlas es un aspecto decisivo si pretendemos reducir la distancia entre las recomendaciones clínicas basadas en la evidencia y su aplicación por los profesionales sanitarios de atención primaria. A partir de estos datos y de su interpretación, desde la TCP mejoraremos nuestra comprensión de los factores que determinan el comportamiento de estos profesionales y se podrán definir intervenciones que ayuden a modificarlo.

Por ello, el objetivo principal del presente estudio fue conocer la actitud de los profesionales de medicina y enfermería del sistema sanitario público andaluz ante las

intervenciones preventivas y de promoción de salud en el contexto de la atención primaria. También, nos propusimos estudiar la relación entre dicha actitud y distintas variables sociolaborales (categoría profesional, ubicación del centro de trabajo y situación laboral), así como las competencias autodeclaradas en PPS.

Material y métodos

Diseño del estudio

Se diseñó un estudio multicéntrico, observacional, descriptivo transversal.

Ámbito y población de estudio

Se incluyeron los 282 profesionales (médicos y enfermeras) que habían participado en la validación del cuestionario sobre las actitudes ante PPS en atención primaria (CAPPAP). Dichos profesionales trabajaban en atención primaria y pertenecían al Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Los criterios de inclusión fueron estar desarrollando labor asistencial en atención primaria en el momento de la recogida de datos, pertenecer a la categoría profesional de medicina o enfermería, y aceptar participar en la investigación.

Tamaño de la muestra y tipo de muestreo

Se calculó el tamaño de la muestra necesario para estimar una media en una población infinita¹⁵, ya que el número de médicos y enfermeras de atención primaria en el SAS en el año 2010 era de 10.913. Así, con una potencia del 80%, para un nivel de confianza del 95%, suponiendo un valor de desviación estándar en la población igual a 0,75 y una precisión de la estimación de $\pm 0,09$, se determinó que era necesaria una muestra de 267 profesionales. Se realizó un muestreo por conveniencia, en el que se incluyeron todas las provincias andaluzas.

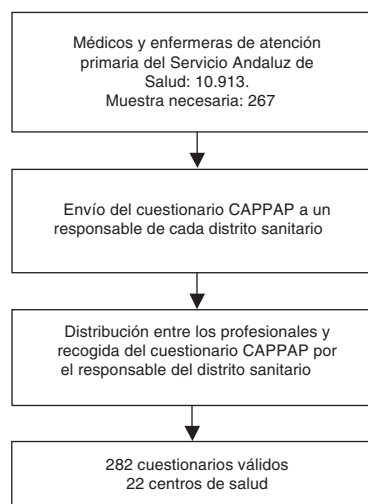
Variables del estudio

- *Sociolaborales*: edad, sexo, categoría profesional (enfermera/médico), ubicación del centro de trabajo (rural/urbano), tipo de contrato (estatutario, interino dispositivo de apoyo, interino no dispositivo de apoyo y eventual), año de titulación, años de experiencia en atención primaria y hospitalaria, experiencia profesional total, y otras titulaciones (sí/no).
- *Competencias autodeclaradas en PPS*: formación (sí/no), opinión acerca de la oferta formativa (insuficiente/adecuada), nivel de conocimientos (no tengo, pocos conocimientos y destrezas, poseo conocimientos y destrezas, poseo destrezas) y realización de actividades planificadas en el último año (sí/no).
- *Actitud ante las actividades de PPS*: se utilizó el cuestionario CAPPAP, anónimo y autocumplimentado, diseñado y validado en el contexto español para medir las actitudes de médicos y enfermeras de atención primaria ante actividades de PPS. Consta de 44 ítems en 5 dimensiones:

necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro, percepción de la actitud de los profesionales del centro, importancia concedida a las actividades de PPS, oportunidades de mejora en el centro para realizarlas y obstáculos para hacerlo. Se utilizan escalas de tipo Likert, donde 1 es el valor más en desacuerdo y 5 el valor más de acuerdo. El cuestionario tiene un alfa de Cronbach global de 0,89 y explica casi un 49% de la varianza¹⁶.

Proceso de recogida de datos

El trabajo de campo se realizó entre abril y junio de 2010. El cuaderno de recogida de datos incluía una explicación de los objetivos y fines del estudio y aseguraba el anonimato, la confidencialidad y el resto de garantías éticas. Fue remitido a un responsable en cada distrito sanitario, que lo distribuía entre los profesionales para que lo cumplimentasen de forma voluntaria.



Esquema general del estudio: Estudio descriptivo mediante cuestionario autocumplimentado sobre las actitudes de los profesionales de atención primaria frente a las actividades de prevención y promoción de la salud.

Análisis estadístico

Para el análisis descriptivo se utilizaron porcentajes, medias y desviaciones típicas. Para el análisis bivariado se aplicó la prueba χ^2 y el test de Fisher para comparar proporciones, y las pruebas t de Student y ANOVA (o las pruebas no paramétricas Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney cuando no se cumplían los criterios de aplicación) para el contraste de medias. Se calculó la Rho de Spearman para analizar la relación entre variables cuantitativas. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS v. 21.0.

Resultados

Se obtuvieron 282 cuestionarios válidos de 22 centros de salud de las 8 provincias andaluzas. Las provincias en las que se obtuvo mayor número de cuestionarios son Málaga, Jaén y Córdoba, representando un 78% del total (tabla 1). Las variables sociolaborales y la respuesta a las competencias

Tabla 1 Distribución del cuestionario por provincias y respuestas válidas

Provincia	Responsables de distrito sanitario contactados (n)	Cuestionarios válidos (n)
Málaga	3	125
Jaén	2	81
Córdoba	3	46
Granada	3	15
Almería	1	6
Sevilla	2	5
Huelva	2	3
Cádiz	1	1
Total	17	282

autodeclaradas en PPS de los profesionales encuestados se muestran en la [tabla 2](#).

En la [tabla 3](#) se muestra la puntuación media obtenida de cada una de las dimensiones del cuestionario. Se puede observar que todas ellas superan el valor medio de la escala, oscilando sus valores entre 3,06 (DT: 0,76) en la dimensión «Necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro» y 4,39 (DT: 0,49) en la dimensión «Importancia concedida a las actividades de PPS». En la [tabla 4](#) se muestran los 2 ítems con las puntuaciones más altas y más bajas de cada dimensión.

En la [tabla 5](#) se muestran las variables sociolaborales y de competencias autodeclaradas que presentan una relación estadísticamente significativa con las variables categoría

Tabla 2 Variables sociolaborales y competencias autodeclaradas en prevención y promoción de la salud

	n	Media (DT)
<i>Edad</i>	280	42,30 (8,50)
<i>Años en la Zona Básica de Salud</i>	281	7,45 (6,74)
<i>Años en atención primaria</i>	282	12,01 (8,07)
<i>Años en atención hospitalaria</i>	246	5,41 (7,65)
<i>Años desde titulación</i>	272	22,97 (8,91)
	n	%
<i>Sexo</i>	278	
Hombre	112	40,3
Mujer	166	59,7
<i>Categoría profesional</i>	281	
Enfermera	171	60,9
Médico	110	39,1
<i>Ubicación del centro de salud o consultorio</i>	282	
Rural	90	31,9
Urbano	192	68,1
<i>Tipo de contrato</i>	282	
Estatutario	157	55,7
Dispositivo de apoyo interino	34	12,1
Interino distinto a dispositivo de apoyo	53	18,8
Eventual	38	13,5
<i>Piensas que tu nivel de conocimientos y destrezas en PPS</i>	276	
No tengo conocimientos	31	11,2
Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	149	54,0
Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	71	25,7
Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	9,1
<i>Formación en PPS en los últimos 5 años</i>	282	
Sí	178	63,1
No	104	36,9
<i>Realización de actividades planificadas en el último año</i>	280	
Sí	189	67,5
No	91	32,5
<i>La oferta actual en éste campo te parece</i>	278	
Nula	10	3,6
Insuficiente	176	63,3
Adecuada	90	32,4
Excesiva	2	0,7

DT: desviación típica; PPS: prevención y promoción de la salud.

Tabla 3 Puntuación media de las dimensiones del cuestionario CAPPAP (escala 1-5)

Dimensiones de las actitudes	n	Media	DT
Necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro	262	3,06	0,76
Percepción de la actitud de los profesionales del centro	242	3,75	0,56
Importancia concedida a las actividades de PPS	271	4,39	0,49
Oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades de PPS	276	4,19	0,49
Obstáculos para la realización de actividades de PPS	274	3,55	0,66

DT: desviación típica; PPS: prevención y promoción de la salud.

profesional, ubicación del centro y situación laboral, mostrando 6 perfiles profesionales diferentes: según la categoría profesional, médicos y enfermeras; según la ubicación del centro de trabajo, profesionales de centros urbanos y

centros rurales; y según la situación laboral, profesionales estatutarios y eventuales.

Con respecto a la relación entre las actitudes de los profesionales y las variables sociolaborales y de competencias

Tabla 4 Ítems con las puntuaciones más altas y más bajas de cada dimensión del cuestionario CAPPAP

Dimensión	Ítems con mayor puntuación	Media (DT)	Ítems con menor puntuación	Media (DT)
1	Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable	3,67 (1,06)	Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	3,06 (1,21)
	Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se realice actividad física	3,72 (1,02)	Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	3,09 (1,38)
2	El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades de PPS la enfermera gestora de casos es	4,11 (0,83)	El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades de PPS el fisioterapeuta es	3,27 (1,00)
	El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades de PPS la enfermera es	4,12 (0,73)	Mi centro generalmente realiza acciones de PPS de buena calidad	3,42 (0,75)
3	¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?	4,56 (0,73)	¿Cómo de importante consideras la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)?	3,90 (1,06)
	¿Cómo de importante consideras las vacunaciones del calendario oficial?	4,74 (0,58)	¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?	4,18 (0,78)
4	Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades de PPS	4,36 (0,66)	La mayoría de mis pacientes quieren que se les den servicios de PPS	3,58 (0,91)
	El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones de PPS	4,40 (0,62)	Deberíamos integrar las acciones de PPS de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos	4,18 (0,71)
5	Puede representar un obstáculo: la cantidad de tiempo que requieren	3,93 (0,96)	Puede representar un obstáculo: el apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo estas tareas de PPS	3,04 (1,01)
	Puede representar un obstáculo: la carga de trabajo adicional que requieren	3,94 (0,99)	Puede representar un obstáculo: la importancia relativa de las actividades PPS frente a mis otras responsabilidades	3,13 (1,03)

Dimensiones:

1. Necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro
2. Percepción de la actitud de los profesionales del centro
3. Importancia concedida a las actividades de PPS
4. Oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades de PPS
5. Obstáculos para la realización de actividades PPS

DT: desviación típica; PPS: prevención y promoción de la salud.

Tabla 5 Descripción de los profesionales según las variables categoría profesional, ubicación del centro de trabajo y situación laboral

Categoría profesional	
Enfermera	Médico
Menor experiencia en atención primaria*	Mayor experiencia en atención primaria*
Mayor experiencia en atención hospitalaria*	Menor experiencia en atención hospitalaria*
Mayor formación*	Menor formación*
Mayor realización de actividades**	Menor realización de actividades**
Oferta actividades adecuada**	Oferta actividades insuficiente**
Ubicación centro de trabajo	
Perfil urbano	Perfil rural
Mayor edad*	Menor edad*
Mayor experiencia en atención primaria**	Menor experiencia en atención primaria**
Mayor porcentaje de estatutarios*	Menor porcentaje de estatutarios*
Situación laboral	
Estatutario	Eventual
Mayor edad**	Menor edad**
Mayor experiencia en atención primaria**	Menor experiencia en atención primaria**
Mayor experiencia en atención hospitalaria**	Menor experiencia en atención hospitalaria**
Mayor porcentaje en centros urbanos*	Igual porcentaje centros urbanos y rurales*
Mayor formación*	Menor formación*
	Menor realización de actividades*

* $p < 0,05$ con la prueba χ^2 de Pearson o estadístico exacto de Fisher.** $p < 0,01$ con la prueba χ^2 de Pearson o estadístico exacto de Fisher.

autodeclaradas, se observan asociaciones estadísticamente significativas en todas ellas, a excepción de los años de experiencia en atención primaria, la formación en PPS y en la realización de PPS planificadas (tabla 6).

Discusión

Los profesionales encuestados tienen una actitud favorable ante las actividades de PPS. En términos generales conceden importancia a este tipo de actividades, aprecian una actitud favorable en el resto de compañeros, perciben que la necesidad de mejora en sus centros es moderada, y a su vez consideran que hay oportunidades de mejora. Finalmente, perciben una existencia moderada de barreras y obstáculos para la realización de estas actividades.

Las principales barreras percibidas son la carga de trabajo adicional y el tiempo que requieren su realización, resultados similares a los de otros estudios^{14,17}, y que podrían explicarse por la separación entre el sistema asistencial y las actividades de PPS, más cercanas a los servicios de salud pública^{18,19} y percibidas por el profesional como un trabajo «extra». En un estudio que obtuvo hallazgos diferentes se señalaba que los médicos perciben más barreras para la realización de actividades preventivas que las enfermeras¹⁷, lo que podría explicarse por tratarse de contextos sanitarios distintos donde los roles de médicos y enfermeras pueden ser diferentes. Podría ocurrir que los médicos perciban más necesidad de mejora, y a su vez más

barreras, si estos tienen más responsabilidades y deben realizar intervenciones más complejas que las enfermeras.

El aspecto peor puntuado en la dimensión oportunidad se refiere a que «los pacientes quieren que se les den servicios de PPS». En este sentido, hay autores^{20,21} que indican que los pacientes se resisten a cambiar sus comportamientos y esperan una prescripción en lugar de un consejo, e incluso algunos^{14,22,23} señalan que más de la mitad de los médicos se sienten escépticos frente a la capacidad de ayudar a sus pacientes a mantener algunos estilos de vida saludables.

El estudio de la asociación entre la actitud y las variables sociolaborales y las competencias autodeclaradas no ha mostrado grandes diferencias. Aun así, podemos hacer apreciaciones de interés que pueden ayudar a entender ciertas conductas ante las actividades de PPS y, por otra parte, servir en la planificación de estrategias dirigidas a mejorar la implementación de estas actividades. Los hallazgos muestran que las enfermeras son quienes perciben más oportunidades para mejorar y a su vez más necesidad de mejora y más barreras, y ello a pesar de que realizan más formación y más actividades de PPS. Es posible que la explicación se deba a que enfermeras con mucha experiencia en atención hospitalaria vayan a atención primaria con poca experiencia y formación en PPS, lo que podría influir en los resultados y las señalaría como un colectivo al que dirigir intervenciones específicas.

Por otra parte, se observa claramente un perfil profesional que tiene una percepción más favorable de la actitud de los compañeros hacia actividades de PPS y percibe mayores

Tabla 6 Variables sociolaborales y de competencia autodeclarada de los profesionales en actividades de PPS y su relación con las dimensiones del cuestionario CAPPAP

Variable principal	Mejora n = 262	Percepción n = 242	Importancia n = 271	Oportunidades n = 276	Barreras n = 274
<i>Edad (Rho Spearman)</i>	0,025	-0,109	0,040	-0,121*	-0,006
<i>Sexo, media (DT)</i>					
Mujer	3,01 (0,76)	3,81 (0,57)*	4,43 (0,49)	4,21 (0,45)	3,57 (0,67)
Hombre	3,13 (0,77)	3,65 (0,55)*	4,34 (0,49)	4,14 (0,49)	3,51 (0,65)
<i>Categoría profesional, media (DT)</i>					
Enfermera	3,12 (0,79)	3,77 (0,58)	4,36 (0,50)	4,23 (0,47)*	3,61 (0,67)
Médico	2,98 (0,71)	3,71 (0,53)	4,44 (0,47)	4,12 (0,46)*	3,47 (0,60)
<i>Ubicación CS, media (DT)</i>					
Rural	3,19 (0,75)	3,86 (0,60)*	4,38 (0,45)	4,23 (0,46)	3,55 (0,62)
Urbano	3,01 (0,76)	3,68 (0,52)*	4,40 (0,51)	4,17 (0,47)	3,55 (0,68)
<i>Tipo contrato, media (DT)</i>					
Estatutario	3,18 (0,78)**	3,69 (0,58)	4,40 (0,52)	4,15 (0,48)	3,58 (0,62)
Dispositivo apoyo	2,89 (0,69)	3,86 (0,51)	4,44 (0,41)	4,17 (0,46)	3,33 (0,77)
Interino distinto dispositivo apoyo	2,76 (0,72)**	3,71 (0,57)	4,39 (0,44)	4,24 (0,47)	3,58 (0,67)
Eventual	3,19 (0,65)**	3,75 (0,53)	4,34 (0,50)	4,32 (0,39)	3,61 (0,69)
<i>Años titulación, media (DT)</i>					
≤ 5 años	3,04 (0,71)	3,85 (0,51)*	4,32 (0,46)	4,27 (0,40)*	3,51 (0,67)
15 a 30 años	3,04 (0,79)	3,74 (0,54)	4,45 (0,48)	4,24 (0,44)*	3,58 (0,67)
≥ 31 años	3,09 (0,74)	3,57 (0,61)*	4,30 (0,54)	4,02 (0,53)*	3,50 (0,58)
<i>Años AH, media (DT)</i>					
< 5 años	3,05 (0,76)**	3,75 (0,56)	4,39 (0,48)	4,22 (0,46)	3,56 (0,72)
6 a 15 años	2,91 (0,69)**	3,72 (0,62)	4,31 (0,52)	4,22 (0,41)	3,56 (0,48)
≥ 16 años	3,47 (0,70)**	3,71 (0,53)	4,39 (0,53)	4,00 (0,51)	3,51 (0,57)
<i>Experiencia profesional (Rho Spearman)</i>	0,040	-0,154*	-0,001	-0,140*	0,038
<i>Otras titulaciones, media (DT)</i>					
Sí	2,97 (0,80)	3,82 (0,56)	4,39 (0,50)	4,19 (0,50)	3,36 (0,82)
No	3,08 (0,75)	3,74 (0,56)	4,39 (0,49)	4,19 (0,46)	3,61 (0,53)
<i>Oferta formación, media (DT)</i>					
Insuficiente	3,13 (0,78)	3,70 (0,58)*	4,40 (0,48)	4,19 (0,46)	3,53 (0,67)
Adecuada	2,97 (0,74)	3,88 (0,54)*	4,41 (0,48)	4,20 (0,50)	3,61 (0,66)
<i>Nivel conocimientos, media (DT)</i>					
No tengo conocimientos	3,62 (0,69)**	3,73 (0,55)	4,40 (0,54)	4,41 (0,44)*	3,75 (0,78)
Poseo conocimientos faltan destrezas	2,98 (0,71)	3,70 (0,52)	4,37 (0,48)	4,14 (0,45)	3,48 (0,66)
Poseo conocimientos y destrezas	2,96 (0,87)	3,81 (0,64)	4,42 (0,53)	4,22 (0,48)	3,56 (0,62)
Poseo destrezas no conocimientos	3,06 (0,54)	3,87 (0,57)	4,40 (0,38)	4,14 (0,45)	3,66 (0,58)

AH: atención hospitalaria; CS: centro de salud; DT: desviación típica.

* p < 0,05.

** p < 0,01.

oportunidades de mejora. Corresponde a una profesional de sexo femenino, entorno rural, que obtuvo la titulación hace menos de 5 años y con poca experiencia profesional. Este patrón tiene una alta concordancia con el perfil profesional que trabaja en el entorno rural (a excepción de la variable sexo) y con profesionales con contratos eventuales, que representan perfiles especialmente sensibles y que podrían actuar como agentes de cambio para la mejora.

Reconociendo la TCP como un marco conceptual adecuado para explicar el comportamiento de los profesionales,

a partir de nuestros resultados podemos señalar que el componente actitudes se encuentra en un nivel aceptable. Las intervenciones para disminuir la brecha existente entre las recomendaciones basadas en la evidencia y el comportamiento de los profesionales deberían focalizarse en mantener estas actitudes y mejorar los 2 elementos restantes de la TCP: la norma subjetiva y el control conductual percibido.

Dentro de la norma subjetiva, sería interesante realizar cambios en la cultura organizacional²⁴ para que la propia organización sanitaria promueva estas actividades;

así como dar un apoyo sistemático²⁵ y realizar auditorías y retroalimentación²⁶, con la finalidad de que exista una presión entre iguales, así como la aprobación por parte de los compañeros de trabajo, ya que la institución legitima el valor de estas actividades.

Con respecto al control conductual percibido, sería interesante realizar formación y reuniones educativas²⁷ para que los profesionales adquieran la suficiente habilidad para llevarlas a cabo. También, para reducir las barreras, se deberían ofrecer incentivos²⁸ y recordatorios computarizados²⁹ a los profesionales, así como realizar cambios en la cultura organizacional²⁴ que fomenten oportunidades para realizar este tipo de actividades. Por último, sería interesante realizar formación, reuniones educativas²⁷, auditorías y retroalimentación²⁶ para que los profesionales tengan el conocimiento acerca del qué, cuándo y dónde deben realizar este tipo de intervenciones.

Limitaciones del estudio

Aunque el tamaño muestral es suficiente para unas adecuadas precisión y potencia estadísticas, la muestra no es aleatoria. Además, el sistema de recogida de datos no ha permitido conocer la tasa de respuesta, ya que desconocemos el número total de profesionales contactados.

Con respecto a las variables edad y sexo, la distribución de las mismas en la muestra estudiada se aproxima bastante a la de la población de estudio (edad media: 42,3 vs 47 años)³⁰ (sexo masculino: 59% vs 53%)³¹, por lo que pensamos que los resultados obtenidos, con cierta prudencia, pueden ser extrapolables. No obstante, se sugieren investigaciones con muestras aleatorizadas por estratos con los perfiles obtenidos (tabla 5).

Otra limitación, habitual de este tipo de estudios, es que quienes han respondido voluntariamente pueden tener una actitud más favorable, y además las actividades de PPS poseen una alta deseabilidad social, por lo que los resultados pueden estar sobreestimados.

Finalmente, debido a la escasez de literatura identificada acerca del tema estudiado, existe una débil triangulación y comparación de los resultados obtenidos en esta investigación con otros que pudieran existir, de manera que solamente se han podido comparar aspectos relacionados con las barreras y las oportunidades.

Podemos concluir que las actitudes de los profesionales ante las actividades de PPS son aceptables y se debe trabajar en su mantenimiento. Las organizaciones sanitarias deberían implementar intervenciones adaptadas a los distintos perfiles identificados, como los profesionales de enfermería de más edad y los de sexo femenino que trabajan en el entorno rural con un contrato eventual. Así mismo deberían planificar intervenciones destinadas a poner en valor las actividades de PPS, así como a mejorar la pericia y la seguridad del profesional a la hora de llevarlas a cabo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Lo conocido sobre el tema

- La teoría de la conducta planificada (TCP) se considera adecuada para explicar los comportamientos de los profesionales de la salud.
- Las actitudes, además de ser parte integrante de la TCP, pueden facilitar u obstaculizar la realización de actividades promotoras de salud.
- Se conoce poco acerca de las actitudes de profesionales de medicina y enfermería de atención primaria ante las actividades preventivas y de promoción de la salud.

Qué aporta este estudio

- Las actitudes de profesionales de medicina y enfermería ante las actividades preventivas y de promoción son aceptables.
- Las organizaciones sanitarias deberían implementar intervenciones adaptadas a los profesionales de enfermería de más edad y a profesionales de sexo femenino que trabajan en el entorno rural con un contrato eventual.
- Las organizaciones deberían planificar intervenciones destinadas a poner en valor las actividades preventivas y de promoción, así como a mejorar la pericia y la seguridad del profesional a la hora de llevar a cabo dichas intervenciones.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Ginebra, Suiza: OMS; 2009. p. 70.
2. Córdoba R, Cabezas C, Camaralles F, Gómez J, Díaz Herráez D, López A, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2012;44 Suppl 1:16–22.
3. Maiques Galán A, Brotons Cuixart C, Villar Álvarez F, Navarro Pérez J, Lobos-Bejarano JM, Ortega Sánchez-Pinilla R, et al. Recomendaciones preventivas cardiovasculares. *Aten Primaria*. 2012;44 Suppl 1:3–15.
4. Rice VH, Stead LF. Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;1:CD001188.
5. Rothenich SF, Woolf SH, Johnson RE, Burgett AE, Flores SK, Marsland DW, et al. Effect on cessation counseling of documenting smoking status as a routine vital sign: An ACORN study. *Ann Fam Med*. 2008;6:60–8.
6. Glasziou P, Haynes B. The paths from research to improved health outcomes. *Evid Based Nurs*. 2005;8:36–8.
7. Paniagua Urbano D, Pérula de Torres LA, Ruiz del Moral R, Gavilán Moral E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2010;42:514–9.
8. Pérula de Torres LA, Lahoz Rallo B, Llergo Muñoz A, Pérula de Torres C, Adame Rodríguez M. ¿Siguen los profesionales de Atención Primaria de los centros andaluces adscritos las recomendaciones propuestas por el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS)? *Med Fam*. 2001;2:39–44.

9. Ajzen I. The theory of planned behaviour. *Organ Behav Hum Dec.* 1991;50:179–211.
10. Eccles MP, Hrisos S, Francis J, Kaner EF, Dickinson HO, Beyer F, et al. Do self-reported intentions predict clinicians' behaviour: A systematic review. *Implement Sci.* 2006;21:1–28.
11. Hrisos S, Eccles MP, Francis JJ, Bosch M, Dijkstra R, Johnston M, et al. Using psychological theory to understand the clinical management of type 2 diabetes in Primary Care: A comparison across two European countries. *BMC Health Serv Res.* 2009;9:140.
12. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Health care professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci.* 2008;16:3–36.
13. Nebot M, Cabezas C, Marqués J, Bimbela JL, Robledo T, Megido X, et al. Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. *Aten Primaria.* 2007;39:285–8.
14. Kloppe P, Brotons C, Anton J, Ciurana R, Iglesias M, Piñeiro R, et al. Prevención y promoción de la salud en atención primaria: Comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Aten Primaria.* 2005;36:144–51.
15. Velasco-Rodríguez VM, Martínez-Ordaz VA, Roiz-Hernández J, Huazano-García F, Nieves-Rentería A. Muestreo y tamaño de muestra. Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación. México: e-libro. net; 2003.
16. Ramos-Morcillo AJ, Martínez-López EJ, Fernández-Salazar S, del-Pino-Casado R. Diseño y validación de un cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP). *Aten Primaria.* 2013;45:514–21.
17. Solberg LI, Brekke ML, Kottke TE, Health G. How important are clinician and nurse attitudes to the delivery of clinical preventive services? *J Fam Pract.* 1997;44:451–61.
18. Aranda Regules JM. Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Pública: ¿una oportunidad perdida? *Rev Esp Salud Publica.* 2007;81:1–6.
19. Manzanera R, Segura A, Díaz JMF. La organización de la salud pública: su reforma en las reformas. Informe Sespas. En: *La salud pública y el futuro del estado del bienestar.* Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998. p. 93–119.
20. Salleras Sanmartí L, Prat Marín A, Garrido Morales P, Domínguez García A. Educación sanitaria en el ámbito clínico asistencial. En: *Medicina preventiva y salud pública* Barcelona: Masson; 2003. p. 245–52.
21. Monreal Hajar A, García Ruiz MT, Forés Catalá MD. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Conceptos esenciales. En: Martín Zurro A, Jodar Solá G, editores. *Atención familiar y salud comunitaria.* Barcelona: Elsevier; 2011. p. 53–70.
22. Grant AM, Niyonsenga T, Dion I, Delisle E, Xhignesse M, Bernier R. Cardiovascular disease. Physician attitudes toward prevention and treatment. *Can Fam Physician.* 1998:780–7.
23. McAvoy BR, Kaner EFS, Lock CA, Heather N, Gilvarry E. Our Healthier Nation: Are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *Br J Gen Pract.* 1999;49:187–90.
24. Parmelli E, Flodgren G, Schaafsma ME, Baillie N, Beyer FR, Eccles MP. The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;1:CD008315.
25. Anderson P, Jane-Llopis E. How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis. *Addiction.* 2004;99:299–312.
26. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;2:CD000259.
27. Forsetlund L, Bjorndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, et al. Continuing education meetings and workshops: Effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;2:CD003030.
28. Flodgren G, Eccles MP, Shepperd S, Scott A, Parmelli E, Beyer FR. An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;7:CD009255.
29. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;3:CD001096.
30. Servicio Andaluz de Salud. Información básica 2010. Sevilla; 2011 [consultado 20 Dic 2013]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/463/pdf/SAS.MEMO.10-8.pdf>
31. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Estudio 2011-2039 de las necesidades de profesionales sanitarios en Andalucía [consultado 20 Dic 2013]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_actualidad1_b72#p3