



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**Diseño y validación de un instrumento para medir las  
actitudes en enfermeras y médicos de atención primaria  
ante las actividades preventivas y de promoción**

Tesis doctoral presentada por:

**D. ANTONIO JESÚS RAMOS MORCILLO**

Dirigida por:

**Dr. D. DAVID ARMERO BARRANCO**

Murcia, 2013



## AGRADECIMIENTOS

Me gustaría mostrar mi agradecimiento a las distintas personas que han participado en este trabajo y han hecho posible su realización.

Mi agradecimiento a todos los profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz que han accedido a compartir un poco de su tiempo para esta investigación. Mi agradecimiento a Emilio, él fue quien me introdujo en esto de la investigación “en serio”.

Mi agradecimiento a Serafín, siempre a mi lado, ayudándome con la opinión, con la acción y con la emoción.

Mi agradecimiento a Rdel, por aguantar mis preguntas, unas con sentido, otras sin él, pero enseñándome “casi” siempre.

Sin duda, mi agradecimiento más especial es para David, por dedicarle su tiempo a esta investigación, incluso en domingo. Por ayudarme a sacar adelante esta investigación, gracias.



## **DEDICATORIA**

A mis padres, porque me han dado todo lo mejor que han tenido.

A Paco y Pepi, porque me quieren.

A Cati y Lázaro, porque siempre han sido para mí modelos a imitar.

A Serafín, porque es mi compañero de fatigas.

A María, por su generosidad y su ayuda...



<b>1</b>	<b>INTRODUCCIÓN</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>MARCO CONCEPTUAL</b>	
	2.1 Concepto de salud	5
	2.2 Salud Pública	12
	2.2.1 Atención primaria	16
	2.2.1.1 Conceptos y características de la atención primaria	17
	2.2.2 Promoción de salud	21
	2.2.3 Prevención de la enfermedad	26
	2.2.4 Obstáculos para la aplicación de actividades preventivas y de promoción	33
	2.2.5 Intervenciones para la mejora de la asistencia clínica en profesionales	36
	2.3 Marco legislativo	37
	2.4 Actitudes, valores, creencias y normas.	39
	2.4.1 Valores, creencias y normas	40
	2.4.2 Actitudes	43
	2.4.3 Componentes de las actitudes	46
	2.4.4 Fuerza y estructura de las actitudes	48
	2.4.5 Funciones de las actitudes	50
	2.4.6 Relación entre actitud y conducta	52
	2.4.6.1 Modelo MODE	52
	2.4.6.2 Teoría de la acción razonada	53
	2.4.7 Relación entre actitud y clima organizacional	55
<b>3</b>	<b>HIPÓTESIS Y OBJETIVOS</b>	
	Hipótesis y objetivos	57
<b>4</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO</b>	
	4.1 Primera parte: diseño y validación del cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP)	59
	4.1.1 Diseño de la construcción y validación del cuestionario	59
	4.1.2 Sujetos de estudio	59
	4.1.3 Variables de estudio	60
	4.1.4 Etapas del diseño y validación del CAPPAP	60
	4.2 Segunda parte: actitud de las enfermeras y médicos de atención primaria antes actividades preventivas y de promoción	70
	4.2.1 Análisis exploratorio de los datos	70
	4.2.2 Análisis general de los datos	71
	4.3 Limitaciones del estudio	71
	4.3.1 En el diseño y validación del cuestionario	71
	4.4 Declaración explícita de la cumplimentación de aspectos éticos	72
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	
	5.1 Resultados primera parte: diseño y validación del cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP)	73
	5.1.1 Resultados de la revisión de la literatura	73
	5.1.2 Resultados de la definición de las distintas dimensiones que compusieron el CAPPAP	75
	5.1.3 Resultados de la selección y redacción de los ítems	76

5.1.4 Resultados de la preparación de preguntas o instrumentos adicionales	83
5.1.5 Resultados del pretest cognitivo	84
5.1.6 Resultados de la prueba piloto	84
5.1.7 Resultados de la fiabilidad y validez del cuestionario	85
5.1.7.1 Tamaño de la muestra	86
5.1.7.2 Tipo de muestreo	86
5.1.7.3 Recogida de los datos	86
5.1.7.4 Resultados del análisis de fiabilidad y validez de la versión final del CAPPAP	86
5.1.7.4.1 Fiabilidad	87
5.1.7.4.2 Validez	90
A. Pruebas basadas en el contenido	90
A.1 Valoraciones de personas expertas	90
A.2 Valoración de personas pertenecientes a la población diana	91
B. Pruebas basadas en el proceso de respuesta	91
B.1 Factores que influyen en el proceso de respuesta	91
B.2 Obtención de datos sobre el proceso de respuesta	91
B.3 Falta de respuesta	91
B.4 Efectos techo y suelo	93
C. Pruebas basadas en las consecuencias	94
C.1 Pruebas de la inocuidad del cuestionario	94
C.1.1 Viabilidad	94
C.1.2 Participación de los encuestados en los beneficios	95
D. Pruebas basadas en la estructura interna	95
D.1 Análisis factorial exploratorio	95
E. Pruebas basadas en la relación con otras variables	103
E.1 Validez convergente	103
E.2 Validez discriminante	105
5.2 Resultados segunda parte: perfil sociodemográfico y profesional en las enfermeras y médicos de Atención Primaria encuestados	107
5.2.1 Resultados de las variables sociodemográficas	107
5.2.1.1 Variable sexo	107
5.2.1.2 Variable edad	107
5.2.2 Resultados de las variables profesionales	110
5.2.2.1 Variable provincia	110
5.2.2.2 Variable ubicación del centro de trabajo	110
5.2.2.3 Variable categoría profesional	111
5.2.2.4 Variable situación laboral	111
5.2.2.5 Variable años desde la obtención de la titulación	111
5.2.2.6 Variable años de trabajo en la Zona Básica de Salud	112
5.2.2.7 Variable total de años trabajados en atención primaria	114
5.2.2.8 Variable total de años trabajados en atención hospitalaria	115
5.2.2.9 Variable formación de los profesionales en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años	116
5.2.2.10 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud	117
5.2.2.11 Variable necesidad de que se oferten actividades de formación en prevención y promoción de salud	117

5.2.2.12 Variable la oferta formativa en tu área sanitaria o distrito	117
5.2.2.13 Variable realización de actividades preventivas y de promoción planificadas en el último año	118
5.2.2.14 Variable tipo de actividad preventiva o de promoción	118
5.2.2.15 Población a la que se dirige la intervención	118
5.2.3 Resultados de la comparación entre variables sociodemográficas y profesionales	119
5.2.3.1 Perfil de los profesionales según categoría profesional: médico y enfermera	119
5.2.3.2 Perfil de los profesionales según ubicación del centro de salud: urbano y rural	128
5.2.3.3 Perfil de los profesionales según la situación laboral	136
5.2.3.4 Perfil de los profesionales según el total de años trabajados en atención primaria	147
5.2.3.5 Perfil de los profesionales según su nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud	159
5.3. Resultados del cuestionario de actitudes de enfermeras y médicos ante las actividades de prevención y promoción en atención primaria (CAPPAP)	173
5.3.1 Actitud de los profesionales de enfermería y medicina de Atención Primaria ante actividades preventivas y de promoción	173
5.3.2 Comparación de las diferencias en las actitudes según su edad y sexo	175
5.3.2.1 Edad	175
5.3.2.2 Sexo	176
5.3.3 Diferencias en de las actitudes entre los distintos profesionales sanitarios	178
5.3.4 Diferencias en las actitudes según la localización rural o urbana del centro de trabajo	180
5.3.5 Diferencias en las actitudes según variables ocupacionales: situación laboral y experiencia profesional	182
5.3.6 Diferencias en las actitudes según la formación de los profesionales: otras titulaciones, formación específica en prevención y promoción y oferta de formación en el área de salud	189
5.3.7 Diferencias en las actitudes según nivel de conocimientos y habilidades autoexpresados de los profesionales y realización de actividades preventivas y de promoción planificadas	192
5.4. Resultados del análisis por ítem del CAPPAP	195
5.4.1 Análisis de los ítems de cada una de las dimensiones	195
5.4.2 Análisis bivariado de los ítems con las distintas variables de interés	201
<b>6 DISCUSIÓN</b>	
6.1 Diseño y validación del CAPPAP	215
6.2 Perfil sociodemográfico y profesional en las enfermeras y médicos de atención primaria encuestados	219
6.3 Actitudes ante las actividades de prevención y promoción en atención primaria (CAPPAP)	235
6.3.1 Dimensión <i>mejora de la realización de las actividades preventivas y de promoción en el centro</i>	236
6.3.2 Dimensión <i>percepción de la actitud de los profesionales</i>	238
6.3.3 Dimensión <i>importancia concedida a las actividades preventivas y de promoción</i>	241

6.3.4	Dimensión <i>oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades de prevención y promoción</i>	244
6.3.5	Dimensión <i>obstáculos (barreras) para la realización de actividades preventivas y de promoción</i>	247
6.4	Limitaciones del estudio	251
6.4.1	Acerca del diseño y proceso de validación del CAPPAP	251
6.4.2	Acerca de la representatividad de la muestra	252
6.4.3	Escasez de literatura sobre el tema	252
7	<b>CONCLUSIONES</b>	255
8	<b>PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD</b>	257
9	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	263
10	<b>ANEXOS</b>	
	ANEXO 1. Solicitud de la evaluación de la validez de contenido por expertos e instrucciones para su realización	281
	ANEXO 2. Cuestionario del pilotaje cuantitativo	289
	ANEXO 3. Versión definitiva del CAPPAP	295
	ANEXO 4. Evidencias de la participación de los encuestados en los beneficios	299

# 1. INTRODUCCIÓN





## 1. INTRODUCCIÓN

En los últimos años en los países desarrollados 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 la prevalencia de morbilidades, fundamentalmente crónicas. Sin duda, esta situación representa uno de los principales retos a los que tienen que hacer frente los sistemas sanitarios, dado que las enfermedades crónicas tienen un doble impacto, por un lado representan una importante limitación en la calidad de vida y estado funcional de las personas que las padecen, y por otro, son un propulsor del incremento de los costes sanitarios. Así, la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS, 2005) estima que la atención a patologías crónicas representa el 75% del gasto sanitario en los países desarrollados y más del 80% del gasto farmacéutico o de las visitas médicas está relacionado con estos problemas.

En este contexto, como afirma la AETS (2003), la prevención y la promoción de la salud juegan un papel fundamental en el control de la morbilidad y en el aumento de la esperanza de vida y de su calidad. Debemos hacer hincapié en que la eficacia de las actividades de prevención y de promoción de la salud está sólidamente contrastada en las distintas áreas en las que se realizan. Al respecto, importantes pruebas clínicas han sido aportadas por parte de distintos organismos como el US Preventive Services Task Force (USPSTF) y el Canadian Task Force on Periodic Health Examination (CTFPHC), entre otros.

A pesar de ello, y de que la cartera de servicios de atención primaria incluya actividades preventivas y de promoción, a día de hoy en nuestro sistema sanitario parece que dichas actividades son relegadas a un segundo lugar a favor de las asistenciales con un marcado componente clínico y asociado a patologías agudas. En éste sentido hay distintos autores (Manzanera López R, Segura y Benedito A, & Fernández Díaz JM, 1998; Aranda Regulés JM, 2007) que han subrayado este problema indicando que existe una separación entre el sistema asistencial y los servicios de salud pública (más cercanos a las actividades de prevención y promoción de la salud). Además, los propios profesionales que trabajan en este área, según el “estudio prospectivo Delphi sobre perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de atención primaria en el siglo XXI” (Artells, 1999), opinan en su mayoría sobre la conveniencia de aumentar las actividades preventivas.

Los motivos que justifican esta situación son diversos y atribuibles, entre otros, a factores profesionales, de la organización y funcionamiento del sistema sanitario, y a los pacientes. Sin embargo, dichos motivos aún no han sido esclarecidos suficientemente y la literatura al

respecto no es abundante. Con relación a los motivos profesionales (Salleras Sanmartí L, Prat Marín A, Garrido Morales P, Domínguez García A, 2003), señalan como obstáculos tanto la clásica actitud asistencial aprendida en la facultad de medicina y que orienta la actividad médica claramente hacia los componentes clínicos, como la actitud negativa de los pacientes frente a la educación sanitaria, ya que éstos no esperan un consejo sino una prescripción. También, sociedades científicas implicadas directamente con la salud comunitaria como la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, señalan en el documento “Evolución del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) de la semFYC: 1988-2004”, que los profesionales identifican como la principal barrera para la incorporación de las actividades de prevención es la sobrecarga de trabajo.

También, con relación a los profesionales, aporta una idea interesante el informe “La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud” (2000) de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. En dicho informe se indica que para conseguir el “éxito” de un programa de promoción de salud es trascendental tener en cuenta las distintas perspectivas de los profesionales. Estos deben ser capaces de juzgar el posible éxito de un programa en términos de factibilidad y compromiso de implantación de las personas y organizaciones. Lange I, Urrutia M, & Campos C. (2006) añaden que las actitudes y prácticas del equipo de salud son las que abren espacios para la comunidad en la atención a la salud. Subrayando la importancia que tiene la contribución de los diferentes proveedores de cuidados de salud en el logro de los cambios que favorezcan la participación de los usuarios en los servicios de salud, sin duda una de las piedras angulares en las que se sustentan las actividades de promoción de la salud.

El enfoque argumentado y en el que pretendemos centrar el interés de esta investigación, se concreta en la afirmación de Hernández Padilla M. (2000), quien señala la importancia de que exista una actitud favorable en los profesionales sanitarios hacia la promoción de la salud. Se entiende, que la actitud positiva hacia la prevención y promoción de la salud debe ser una característica necesaria en los profesionales de la salud como punto de partida para la aplicación e implantación de actividades de prevención y promoción de salud. Sin embargo, esto no siempre es así, Nebot M, Cabezas C, Marqués F, Bimbela JL, Robledo T, Megido J, Prados JA & Muñoz E. (2007), en un estudio realizado a distintos profesionales de atención primaria en Cataluña detectó la necesidad explícita de mejorar las actitudes de los propios profesionales hacia la prevención, así como algunas necesidades específicas en la formación que pueden contribuir a mejorar la integración de las actividades preventivas.

Aspecto importante y que subyace en este planteamiento es el supuesto de que las actitudes y valores que los profesionales tienen son la base sobre la que estructuran y sustentan sus competencias. Y dichas actitudes y valores se explicitarán en forma de compromisos con las personas, la sociedad, la actualización y mejora continua de sus competencias (Bonal Pitz P, Sánchez Monteseirín H & Suffo Aboza JA. (2011). En este sentido, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía (2003) al referirse a las actividades de prevención y promoción de salud, señala que la actitud forma parte de las competencias exigidas a los profesionales de la salud. Ahondando en ello debemos entender que el nivel de competencia de un individuo en un área práctica determinada puede ser definido como la medida en que una persona puede utilizar sus conocimientos, actitudes, aptitudes y buen juicio, asociados a su profesión, para poder desempeñarse de manera eficaz en las diferentes situaciones que corresponden al campo de su práctica profesional (Perdomo Victoria I, Caraballoso Hernández M, & Durañones Rodríguez L, 2003). Por su parte, la ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud define competencia como la condición para integrar y aplicar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se les plantean.

Así, siendo una de las 10 funciones esenciales para el desarrollo de la Salud Pública “asegurar la competencia de los profesionales de la salud pública” (Sarría Colomera A, Aibar Remón C & Bolaños Gallardo, E., 2007), cobra aún más importancia y relevancia conocer y analizar las actitudes de los profesionales ante las actividades de prevención y promoción de la salud, y los factores relacionados con ello. Sin embargo, a pesar del estrecho vínculo entre actitudes y competencias profesionales y su relación con la aplicación de actividades de prevención y promoción, como afirman Kloppe, P, Brotons, C, Anton, JJ, Ciurana, R, Iglesias, M, Piñeiro, R, & Fornasini, M (2005) en general la valoración de las actitudes de los profesionales de atención primaria con respecto a las actividades de prevención y promoción de la salud son difusas y poco concretas.

Es, por tanto, necesario aumentar el conocimiento de las actitudes de los profesionales de la salud ante las actividades de prevención y promoción. Sobre todo, teniendo en cuenta que las actitudes pueden ser modificables, educables y se pueden aprender, a pesar de poseer un carácter relativamente estable (Prat Grau M, 2003), (Castro Bustamante J, 2002), (Barón R. & Byrne D., 1998). Además, el estudio de las actitudes resulta relevante a la hora de adquirir nuevos conocimientos ya que las personas poseen dimensiones evaluativas en las cuales integran y relacionan la información que reciben. Así mismo, las actitudes tienen una relación con la conducta, influyen en la forma en que pensamos y actuamos (Morales, JF, Moya, M,

Gaviria, E. & Cuadrado, I, 2007) y una de las razones principales para el estudio de las actitudes, en términos generales, es por la influencia sobre el comportamiento (Palacios Gálvez MS, 2005, Barón et al. 1998).

Estos aspectos dotan al estudio de las actitudes de un componente aplicado de gran interés para la gestión sanitaria, ya que una vez que se conozcan las actitudes de los profesionales de atención primaria con respecto a las actividades de prevención y promoción se podrían proponer y realizar intervenciones que permitan mejorar las actitudes acerca de este tipo de actividades. En definitiva un conocimiento preciso sobre las actitudes permitirá el diseño de estrategias relacionadas con el fomento, desarrollo e implantación de actividades que mejoren las conductas de los profesionales ante la prevención y promoción de la salud.

En resumen, una vez que conocemos la falta de un adecuado control sobre ciertos factores de riesgo y enfermedades crónicas en la salud de la población, la efectividad que poseen las actividades preventivas y de promoción de salud en su control y manejo, y el papel que juegan las actitudes de los profesionales sanitarios en la mejora de su implicación y competencia para la realización de dichas actividades, se hace necesario conocer exactamente cuáles son las actitudes que tienen los profesionales sanitarios de atención primaria ante dichas actividades.

Por ello, planteamos el presente estudio, con la finalidad de dar respuesta a estas cuestiones, y aportar nuevos conocimientos acerca de los factores que presentan alguna asociación con dicha actitud. Además, consideramos interesante conocer la importancia que conceden los profesionales a este tipo de actividades, cómo perciben la actitud del resto de profesionales del centro, cuáles son las áreas de mejora y los obstáculos que existen a la hora de realizar este tipo de actividades.

## 2. MARCO CONCEPTUAL





## 2. MARCO CONCEPTUAL

En el marco conceptual que se presenta a continuación, se ha pretendido describir y definir los conceptos vertebradores que se precisan para entender y desarrollar el estudio que llevaremos a cabo. Se ha estructurado en 2 grandes apartados que permiten contextualizar el tema de estudio y en los que se han incluido las referencias y antecedentes de la literatura relacionados con el objetivo de nuestra investigación. Así, en un primer apartado se delimita el concepto de salud en nuestro contexto, ya que de él van a depender la articulación de los servicios sanitarios y las obligaciones de los profesionales de la salud. A continuación se revisarán las definiciones de la Salud Pública así como sus componentes para encuadrar el concepto de atención primaria y dentro de este las actividades preventivas y de promoción de la salud.

En un segundo apartado se revisará el concepto de actitud, así como sus aspectos fundamentales, sus componentes y funciones y la dependencia que existe entre actitud y conducta, finalmente se hablará de la relación entre actitud y la cultura organizacional.

### 2.1. Concepto de Salud

Analizar el concepto de salud tiene importantes consecuencias en nuestra vida cotidiana y acotarlo define las fronteras de acceso al sistema de salud, los límites de los compromisos de los profesionales sanitarios y la obligación social de un compromiso para el alivio de la enfermedad, la discapacidad y las disfunciones. Además nos muestra la obligación que tienen las instituciones en el mantenimiento, desarrollo y protección a la salud.

El sistema sanitario y sus profesionales tienen entre sus objetivos más importantes el mantenimiento y la mejora de la salud de las personas y comunidades, por lo que conocer el concepto de salud en nuestro contexto permitirá comprender las implicaciones que tendrá para la planificación de las actuaciones a llevar a cabo por los profesionales.

Realmente es difícil definir el concepto de salud, ya que éste es dinámico y viene siendo definido tanto por su contexto histórico como por las condiciones ambientales. No se puede entender este concepto si no es concretando el contexto geográfico, histórico, social e incluso individual (López Santos, V., Frías Osuna, A., 2000). Tanto es así que en la evolución del concepto salud a lo largo del tiempo, el mismo se ha visto influenciado por el nivel científico y tecnológico, la organización social y la cultura desde la que surgía.

El intento de una aproximación lo más científica posible al concepto de salud y al de enfermedad ha obligado a la visión biologicista al acercamiento a las ciencias sociales, económicas, políticas, geográficas y psicológicas (Arredondo, 1992).

En un principio la idea de salud surge a partir de la enfermedad, es decir con la explicación de la enfermedad, dolor y muerte es como se configura la idea de qué es la salud (López et al., 2000). En el modelo mágico-religioso la enfermedad es un castigo divino, resultado de fuerzas o de espíritus. La enfermedad se previene obedeciendo unas normas y con la realización de unos ritos (Arredondo, 1992).

Interesante es analizar la evolución del concepto salud en el Diccionario de la lengua Española donde ha sufrido 4 modificaciones desde 1739 hasta 1899. En 1739 se definía la salud como *“la fanidad y entereza del cuerpo libre de achaques”*, definición que seguirá vigente hasta 1843 en que se modifica y se dice que es *“la sanidad del cuerpo”*. En 1884, según el mismo diccionario, la definición es modificada de nuevo y la salud se define como *“estado en el que el ser vivo ejerce sus funciones naturales sin dificultad ni dolor”*. Finalmente, en 1899, el concepto salud viene definido como *“estado en el que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones”*, definición que sigue vigente hasta hoy. Este breve recorrido histórico permite observar la marcada concepción biologicista del término.

Desde una fuente, ya específica de salud, como la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1946) en el preámbulo de su constitución de 1946 y que entró en vigor en 1948, se define la salud como: un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia. Dicha definición aporta nuevos aspectos que rompen con lo anterior y aparece como novedad una conceptualización de manera positiva. Se hace necesario resaltar que aparecen en su definición tanto la esfera mental como la social.

A dicha definición, no obstante, también se le hacen críticas. Entre las principales encontramos que:

- Equipara bienestar a salud.
- Se trata más de un deseo que de una realidad, es una definición utópica.
- Se trata de una definición estática, asume la salud como una situación de completo bienestar y no habla de grados de salud.
- Es subjetiva porque no contempla la capacidad de funcionar de la salud, únicamente hace referencia al bienestar.

También se debe señalar que aunque haya recibido críticas la definición no ha sido modificada por la OMS desde que entró en vigor hace más de 65 años.

Terris, citado por Frías (2000), expresa que la salud tiene dos aspectos: uno subjetivo que se refiere a “sentirse bien” y otro objetivo que implica “la capacidad para la función”. Con estas reflexiones nos indica que existen distintos grados de salud y distintos grados de enfermedad al incluir un aspecto objetivo: la capacidad de funcionar. Terris critica así la palabra “completo” de la definición propuesta por la OMS. Esto implica a la vez que se pase de un concepto de salud estático a otro más dinámico y objetivable.

Hoy la salud tiene un enfoque positivo en el que, además del componente biológico, se tienen en cuenta las interacciones con factores socioculturales. También sobresale la idea de adaptación del ser humano frente a la complejidad de su ambiente. Ésta adaptación necesita de un proceso dinámico dentro de su complejo medio natural, socioeconómico y cultural que lo rodea. A su vez está condicionado por los múltiples factores que influyen en el estado de salud. Se asume que hay condicionantes sociales de la salud, esenciales a la hora de explicar desigualdades (género, educación, exclusión social, accesibilidad a la atención de salud, etc.) y cuyo control se realiza desde sectores que no son sanitarios.

Así, en las últimas décadas a los enfoques con un carácter más clásico se han ido incorporando definiciones de carácter más ecológico, sociológico e incluso económico. En cualquier caso debemos indicar que hoy no se tiene un acuerdo universal acerca de la definición de salud, pero si se tiene con respecto a los elementos imprescindibles que debe tener (Escuredo Rodríguez & Limón Ramírez, 2011):

1. Interacción continua entre persona, comunidad y medio mediante procesos de adaptación y desadaptación.
2. Salud y enfermedad no son situaciones estables sino puntos de un proceso dinámico.
3. Los conceptos de salud y enfermedad incluyen aspectos objetivos, subjetivos y culturales.
4. La salud no es un estado absoluto e ideal sino más bien funcional y estratégico.
5. El nivel de salud personal y de la comunidad depende de múltiples factores, como el potencial genético, la capacidad de adaptación individual y comunitaria al ambiente, los riesgos y peligros presentes en el mismo y los estilos de vida personales y sociales.

La Carta de Ottawa (1986) destaca determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos. El reconocimiento de estos prerrequisitos pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre las condiciones sociales y económicas, el entorno físico, los estilos de vida individuales y la salud. Estos vínculos constituyen la clave para una comprensión

holística de la salud. Hoy en día, la dimensión espiritual de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor.

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo (OMS, 1998). Nutbeam (2005) nos da idea del dinamismo y de la complejidad de este concepto de salud en referencia al ejemplo de la globalización expresando que han ocurrido cambios sustanciales sociales y económicos, por ejemplo, la globalización del comercio ha tenido un profundo efecto sobre las vidas de todos nosotros. Han emergido nuevas amenazas para la salud y han ocurrido cambios en los perfiles de carga de enfermedad tanto en países desarrollados como en desarrollo. Estos cambios tienen consecuencias sociales y económicas importantes para los países.

Las necesidades de salud son producto de una compleja estructura social y exigen una reorientación de los servicios establecidos para dotarlos de la flexibilidad necesaria para responder de forma adecuada a los nuevos retos planteados. Estas necesidades no son inmutables, el desarrollo social y cultural es creador de nuevas necesidades (López et al., 2000).

Podemos concluir por tanto que la salud es una variable dependiente de otros muchos factores que condicionan el nivel de salud y que están en constante interacción, de ahí su carácter dinámico y de interrelación.

En 1974 Marc Lalonde, Ministro de Salud y Bienestar en Canadá realizó el, ya clásico, informe titulado “Nuevas perspectivas de la salud de los Canadienses” en el que se analizaron los factores que intervenían en la salud y determinó la interacción de cuatro determinantes (Figura 2.1):



Figura 2.1. Determinantes de salud. Lalonde, 1974.

1. Biología humana. En principio es poco modificable ya que hace referencia a los aspectos físicos y mentales, relacionados con la salud, como elementos integrantes de

la biología del individuo y su constitución orgánica. Encontramos la carga genética, constitución, desarrollo y envejecimiento.

2. Comportamientos y estilos de vida. Constituirían los comportamientos humanos, alimentación, ejercicio, drogas, sedentarismo, violencia, conducción peligrosa, etc. Son decisiones individuales asociadas a la ejecución o al rechazo por parte de la persona. La persona tiene cierta capacidad de control sobre estos comportamientos que configurarían un estilo de vida pudiendo adaptarlos, rechazarlos o modificarlos. Aunque exista una presión social en la adopción de tales estilos al final la decisión es individual.
3. Medio ambiente. Lo constituyen los factores que están relacionados con la salud pero que son externos a la persona. El individuo no puede por sí mismo garantizar la inocuidad y pureza de dichos factores o la adecuación de determinadas políticas y estrategias: pero sí que, con la acción colectiva, estos factores son susceptibles de modificarse ya que son derivados en su mayoría por las estructuras sociales que han sido creadas para facilitar la adaptación humana. Podemos hablar entonces de contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural.
4. La organización para la atención de la salud (Sistema de Atención Sanitaria). Hace referencia al número y calidad de los recursos que la colectividad destina al sistema creado para el cuidado de la salud del grupo.

Pero Lalonde no sólo identifica estas cuatro variables, sino que además le asigna un peso determinado a cada una de ellas como determinantes de salud. Nos dice que los aspectos biológicos tienen un peso del 25%, el entorno del 15%, los estilos de vida un 50% y la organización para la atención de la salud de solo un 10%. Luego el nivel de salud se determina en un 50% por la adopción de conductas y comportamientos, en un 25% por factores biológicos, en un 15% por factores externos al hombre y en un 10% por factores del sistema de atención sanitaria (Figura 2.2).

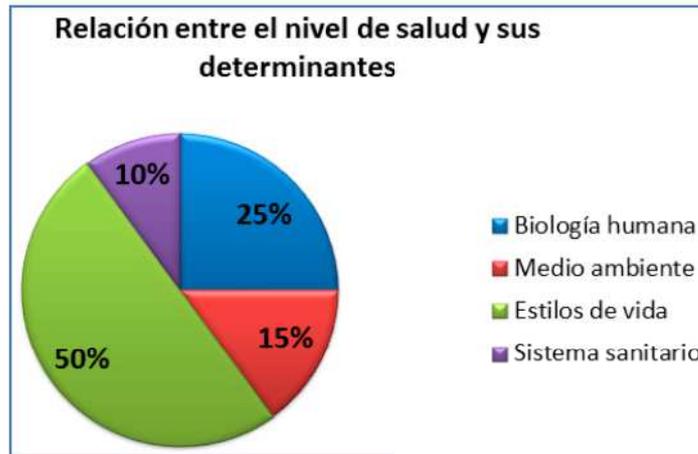


Figura 2.2. Relación entre el nivel de salud y sus determinantes.

Aportaciones posteriores (Dever, 1976) fueron capaces de cuantificar en un 43% la contribución potencial teórica de la reducción de la mortalidad de los estilos de vida. En su mismo estudio, convertido en un clásico, analizó también como se distribuían los recursos en los Estados Unidos asignándolos a cada determinante. En la figura 2.3 se puede apreciar la relación entre la contribución potencial a la reducción de la mortalidad y asignación de gastos en salud en los Estados Unidos.

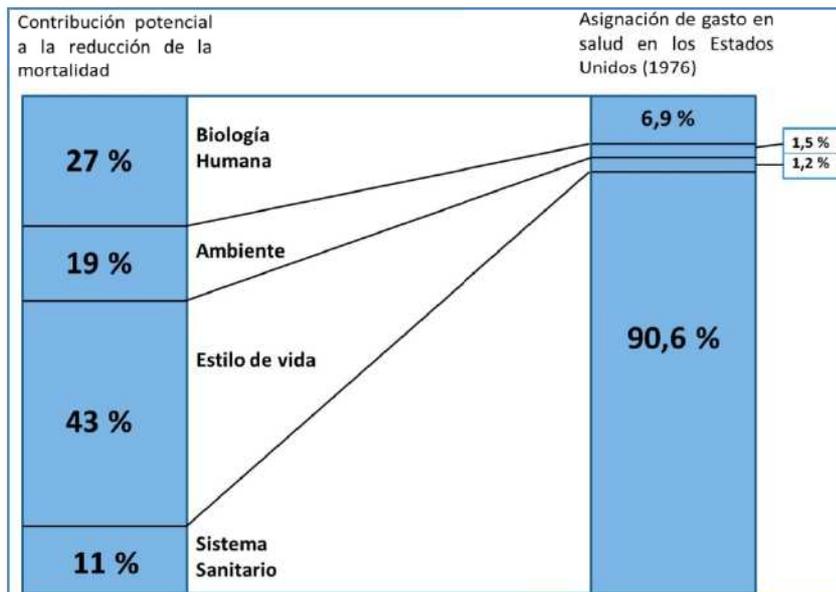


Figura 2.3. Relación entre la contribución potencial a la reducción de la mortalidad y asignación de gastos en salud en los Estados Unidos. (Dever, 1976)

Especial atención se debe prestar a los estilos de vida por su gran peso. Entre los estilos de vida que generan carga de enfermedad podemos destacar: sedentarismo y falta de ejercicio, mala alimentación y situaciones psíquicas morbígenas (Salleras et al., 2003; Vera Cortés, 2001).

El trabajo de Lalonde se ha visto completado por otros modelos destacando el modelo en capas de Dalhgren y Whitehead (1991), que nos habla de los determinantes sociales de la salud y en los cuales están también presentes los servicios de atención a la salud (Figura 2.4).



Figura 2.4. Modelo de Determinantes en Salud de Dalhgren and Whitehead, 1991.

En la figura 2.4 puede observarse:

1. En el centro, los factores individuales como la edad, el sexo y los factores hereditarios, no modificables.
2. En un segundo nivel, aparecen los factores que guardan relación con los estilos de vida, sobre los que sí se puede actuar. Se trata de los hábitos de vida (fumar, beber, alimentación adecuada, realizar ejercicio físico...) y que guardan relación estrecha con el estado de salud de las personas.
3. Una tercera capa refleja las influencias sociales y de la comunidad, esto es, las relaciones interpersonales de los individuos en forma de apoyo social.
4. En cuarto lugar, estarían las condiciones de vida y de trabajo, que incluyen factores relacionados con la vivienda, la agricultura y la producción de alimentos, la educación, el empleo y el desempleo, el agua potable y saneamiento y los servicios sanitarios.
5. Se representan las condiciones más generales de carácter económico, social y medioambiental, que tiene relación en mayor o menor grado con los demás niveles, a excepción del primero.

Este modelo fue conceptualizado para poder diseñar políticas e intervenciones para mejorar la salud.

Así, podemos entender la salud como un medio aplicado, como un instrumento que nos ayuda a llevar una vida normalizada en nuestro contexto. Es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas. En definitiva, queremos destacar que aunque tradicionalmente se consideraba a la biología como un factor poco modificable, hoy en día se entiende que casi todos los factores integrantes de los determinantes de salud son modificables y este aspecto es de vital importancia para los objetivos de las intervenciones en prevención y promoción de la salud.

## 2.2. Salud Pública

Hemos visto como la salud es un bien complejo y apreciado, debemos entender que debe existir un esfuerzo organizado de la comunidad que se dirija a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde, y en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural. Hablamos entonces de Salud Pública. No obstante la conceptualización de Salud Pública es difícil y complicada (Piédrola, 2003).

La AETS (2003) en su revisión de intervenciones en atención primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas nos indica que la salud pública no es ajena a las personas como protagonistas ya que se puede afirmar que, en el caso de las enfermedades crónicas, para mejorar la calidad asistencial y la efectividad es preciso adoptar una visión que incluya un sistema sanitario proactivo y pacientes protagonistas activos del manejo de su enfermedad.

Existen numerosas definiciones de Salud Pública, Winslow en 1920 (citado en Starfield, B., Sevilla, F., Aube, D., Bergeron, P., De Maeseneer, J. M., Hjortdahl, P. & Sarría-Santamera, A, 2004) la define como “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida y promover la salud física a través de los esfuerzos organizados de la sociedad para la seguridad del entorno, el control de las enfermedades infecciosas, la educación de las personas en los principios de la higiene, la organización de los servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y la prevención de la enfermedad, y el desarrollo de la maquinaria social que asegure a cada individuo de la comunidad un estándar de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.

Según Terris (1992), “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades; prolongar la vida y mejorar la salud y la vitalidad mental y física de las personas mediante una

acción concertada de la comunidad dirigida al saneamiento del medio, al control de las enfermedades de importancia social, a enseñar las reglas de la higiene personal, a organizar los servicios médicos y de enfermería de acuerdo con los principios del diagnóstico y el tratamiento precoz y la prevención de enfermedades; así como a poner en marcha las medidas sociales apropiadas para garantizar a cada uno de los miembros de la comunidad un nivel de vida compatible con el mantenimiento de la salud, con la finalidad última de permitir a cada persona el disfrute de su innato derecho a la salud y a la longevidad”.

No obstante, la interpretación del término salud pública ha sido siempre controvertida. Ya en 1956 en el transcurso de una conferencia sobre formación sanitaria de médicos generales se constataba que “allí donde coexisten el sector público y el sector privado, la expresión salud pública acostumbra a designar exclusivamente las actividades colectivas, excluyendo la atención individualizada; en cambio donde todos los servicios son públicos, la salud pública (quizás sería mejor decir sanidad) abarca todos los ámbitos relacionados con la salud”.

En 1966, la Oficina Regional Europea de la OMS sugería la conveniencia de incluir en el término salud pública el de organización de los servicios sanitarios. Y, en 1973, un comité de expertos reunido al efecto declaraba que “la noción de salud pública ha evolucionado notablemente desde principios de siglo. Aunque tradicionalmente versaba sobre la higiene ambiental y la lucha contra las enfermedades transmisibles (...) engloba los servicios médicos individualizados dirigidos a determinados grupos de población, hoy se utiliza el sentido dilatado para evocar los problemas de salud de las poblaciones, el estado sanitario de la colectividad, los servicios de saneamiento, los servicios sanitarios generales y la administración de servicios de salud”.

Así pues, entre las diversas definiciones consideradas predomina una concepción de la salud pública global, referida a cualquier intervención institucional sobre la salud, tanto de carácter preventivo como curativo o rehabilitador, proporcionada individualmente como de forma colectiva.

Sin embargo, esta situación no se corresponde con lo observado en la realidad social de nuestros días, donde la mayoría de los responsables de la prestación de los servicios sanitarios y particularmente los de los servicios hospitalarios, en general no se reconocen entre los practicantes de la salud pública. Tampoco lo hacen ni la industria farmacéutica, ni las empresas de tecnología sanitaria, ni tampoco se constata esta identificación entre los gestores y administradores de servicios y programas. Para la inmensa mayoría de los actores sanitarios, el significado del término salud pública queda restringido a los servicios así designados en las administraciones sanitarias públicas.

Sonis (1982) aporta una definición más cercana a la concepción y significado que nos interesa. Así, considera la salud pública como “una condición o grado de bienestar físico, mental y social de la comunidad; una ciencia y un arte cuyo objetivo es promover y procurar el más alto nivel de ese bienestar; una actividad multiprofesional especializada en la aplicación de ese arte y esa ciencia; una pragmática racional destinada a convertir en hechos los objetivos trazados según un orden lógico de prioridades y bajo el principio de una sana justicia distributiva; un conjunto de estructuras y condiciones físicas, administrativas, legales y financieras que aseguren la efectividad y continuidad de las acciones, una evaluación permanente de los resultados y los métodos empleados, con una apertura para la investigación de todos los fenómenos que afectan la vida del hombre y de la comunidad, para asegurarse el goce pleno de sus derechos a la salud y el bienestar, físico social y económico”.

Según el Informe Acheson (1988) se define como la ciencia y el arte de promover la salud, prevenir la enfermedad y prolongar la vida mediante esfuerzos organizados de la sociedad. Por su parte la OMS (1999) la define como la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mental y física, y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad.

En cualquier caso las funciones generalmente atribuidas a la salud pública comprenden las de (Manzanera et al. 1998; López et al., 2000):

- 1) autoridad sanitaria,
- 2) planificación-evaluación y diseño de políticas,
- 3) servicios específicos de protección y promoción de la salud colectiva.

La salud pública es un concepto social y político destinado a mejorar la salud, prolongar la vida y mejorar la calidad de vida de las poblaciones mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y otras formas de intervención sanitaria. La salud pública persigue una comprensión global de las formas en que los estilos de vida y las condiciones de vida determinan el estado de salud y también un reconocimiento de la necesidad de movilizar recursos y realizar inversiones razonadas en políticas, programas y servicios que creen, mantengan y protejan la salud, apoyando estilos de vida sanos y creando entornos que favorezcan la salud.

Una visión integral de la salud supone que todos los sistemas y estructuras que rigen las condiciones sociales y económicas, al igual que el entorno físico, deben tener en cuenta las implicaciones y el impacto de sus actividades en la salud y el bienestar individual y colectivo (OMS, 1989).

Podemos observar los componentes de la salud pública y sus socios estratégicos en la figura 2.5.



Figura 2.5. Componentes de la Salud Pública y socios estratégicos.

En cualquier caso podemos afirmar que la salud pública es dependiente del contexto temporoespacial, es una ciencia aplicada y es la articulación de actividades en beneficio de la salud de las personas de esa comunidad. Incluye actividades dependientes principalmente del sector público y también de las instituciones (López et al., 2000).

En 1988 el comité del Instituto de Medicina de los Estados Unidos modificó la definición de Salud Pública en el siguiente sentido: la salud pública se refiere a los esfuerzos organizados de la comunidad dirigidos a la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud.

Para el presente trabajo se debe resaltar que existe una relación entre los Servicios Sanitarios y las personas (entre otros) que generan salud y es principalmente mediante las actividades de prevención y promoción, estrechamente relacionadas con los estilos de vida, como se consigue parte del global "salud".

Surgen necesariamente, estructuras y mecanismos que permiten articular estos principios orientadores. Así, prestaremos en los siguientes apartados especial interés a la conceptualización y funciones de la atención primaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

### 2.2.1 Atención primaria

La conferencia de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978) definió la atención primaria de salud como: “La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención en salud”.

Varios son los aspectos a destacar de dicha definición, pero sobre todo destaca que la atención primaria constituye el primer nivel de contacto con el sistema sanitario, y lo hace desde una óptica individual, familiar y comunitaria. Por tanto, debe entenderse que el acceso a la misma ha de ser facilitado y adaptado al contexto cultural y físico donde se desarrolla. Los sistemas sanitarios de países desarrollados con una atención primaria con suficiente peso y nivel de desarrollo son más eficientes y contribuyen más a mejorar el nivel de salud de su población (Starfield, B., Gervás Camacho, JJ. & Plana Aspachs J., 2001).

Una aclaración que se hace a su vez también necesaria es que las definiciones de atención primaria no son tan consistentes en su orientación a los individuos versus a la colectividad, de hecho la OMS claramente asumió con Alma Ata una aproximación colectiva y, dada la amplitud de dicha definición, es difícil diferenciar la atención primaria de la salud pública (Starfield et al., 2004).

Es interesante ahondar en los conceptos y características principales de la atención primaria con la finalidad de delimitar su importancia en el contexto de nuestro estudio.

### 2.2.1.1 Conceptos y características de la atención primaria

Dentro de los elementos conceptuales que tiene la atención primaria (Figura 2.6) destacamos las siguientes:

- Integral. Atiende los problemas de la persona desde una aproximación biopsicosocial, entendiendo que en los procesos de salud-enfermedad estos tres aspectos son inseparables.
- Integrada. Asumiendo que los procesos de atención sanitaria deben contemplar de forma constante y coordinada actuaciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y análisis del entorno social.
- Continuada y longitudinal. Desarrollando sus actividades a lo largo de toda la vida de las personas, en los diferentes lugares en que vive y trabaja y en el seno de los distintos recursos, centros y servicios del sistema sanitario (centro de salud, hospital, urgencias...).
- Activa. Realizada por unos profesionales que no se limitan a actuar como receptores pasivos de los problemas y demandas, sino que trabajan de forma activa y anticipatoria detectándolos en sus fases más precoces.
- Accesible. Sin existencia de barreras que dificulten la utilización de sus recursos por las personas que los necesiten, y sin discriminación en función de su raza, creencias o situación económica.
- Desarrollada por equipos. Formados por profesionales sanitarios (medicina, enfermería...) y no sanitarios (trabajo social, administración...).
- Comunitaria y participativa. Enfocando la atención de las necesidades y problemas de salud tanto desde una perspectiva personal como colectiva o comunitaria, y contando con la participación activa y constante de los actores implicados.
- Programada y evaluable. A partir del desarrollo de actuaciones que respondan a objetivos y métodos predeterminados, con herramientas de evaluación adecuadas.
- Docente e investigadora. Con capacidad y reconocimiento docente e investigador en los ámbitos que le son propios.



Figura 2.6. Elementos conceptuales de la atención primaria.

En la organización de las actividades de los centros para el desempeño de la práctica clínica, el enfoque de trabajo en equipo goza de cierto consenso acerca de las ventajas que se obtienen con respecto a la organización de equipos multidisciplinarios, por su incremento de la efectividad y eficiencia en muchos de los procesos asistenciales (Martín-Zurro et al. 2011). El desarrollo de la atención primaria no puede centrarse exclusivamente en los médicos. Se hace necesario reconocer la aportación esencial de cada perfil profesional que compone los equipos de salud para el normal y adecuado desarrollo de sus funciones, así como para la consecución y evaluación de objetivos.

La composición de los equipos de salud debe estar adaptada a las necesidades locales que tiene la población a la que se le presta atención sanitaria. Es habitual en nuestro contexto que en los equipos se encuentren enfermeras, matronas, médicos de familia, pediatras, auxiliares de clínica, farmacéuticos, veterinarios, trabajadores sociales y personal auxiliar polivalente. Con relación al papel de los profesionales no médicos en el seno de los centros y equipos de atención primaria existen cada vez más evidencias de que pueden ser incluso más efectivos y eficientes que los médicos para la atención de diversos problemas agudos y crónicos, sin disminución de la calidad asistencial (Martín Zurro, 2011).

Las actividades de los distintos componentes de los equipos de salud son las propias del centro señaladas previamente y tanto desde una perspectiva de atención personal individual como

familiar y comunitaria. Para conseguir un desarrollo adecuado de todas las actividades, entre ellas las de prevención y promoción, es importante programar una introducción progresiva de éstas y diseñar un cronograma de implantación que permita a sus miembros asumirlas de forma positiva, huyendo del riesgo de fracasos y desmotivaciones que puedan hipotecar el futuro del equipo. El equipo de profesionales de atención primaria tiene como meta final promover cambios cualitativos en las actitudes y hábitos de la población (Tamborero et al, 2011. Fig 2.7).

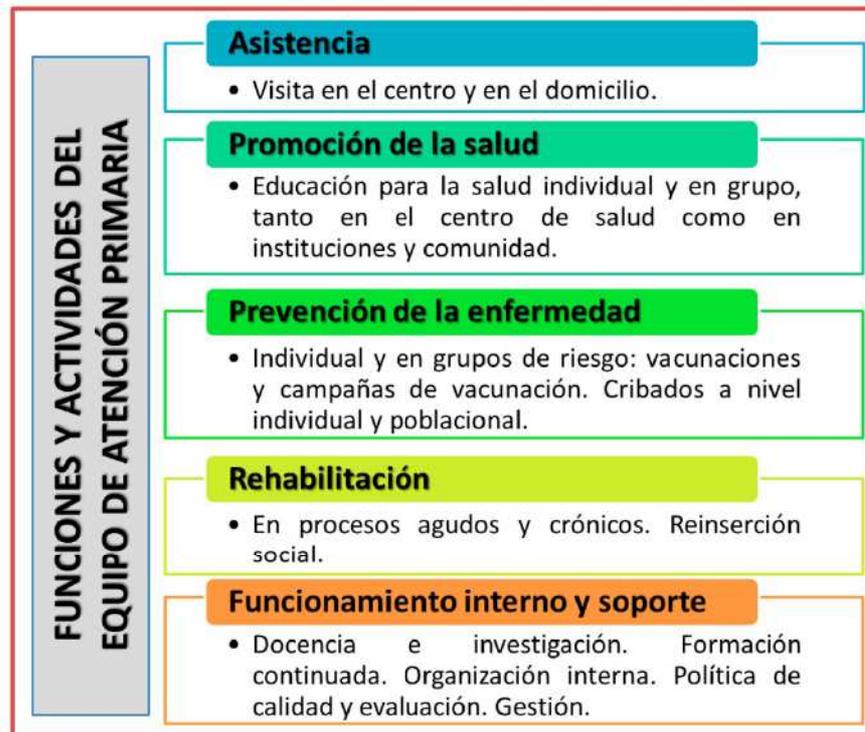


Figura 2.7. Funciones y actividades del equipo de atención primaria. Tamborero 2011.

Diversos factores como una población cada vez más envejecida, aumento en la prevalencia de patologías crónicas y la atención que generan sus descompensaciones, una mayor tasa de supervivencia y una creciente complejidad en las necesidades y problemas de salud, conllevan la necesidad de ciertos cambios significativos en los perfiles profesionales de los miembros de los centros y equipos de salud, ampliando la red de profesiones que pueden y deben intervenir en el marco de la atención primaria. Estos profesionales, desde la posición de privilegio que tienen, deben realizar un abordaje general e integrar los cuidados de promoción, prevención, rehabilitadores y clínicos que precise su población. Deben adquirir los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para interpretar y priorizar estas intervenciones a partir del análisis de las condiciones de vida y las dinámicas familiares, laborales y de la comunidad en la

que viven, y decidir conjuntamente con la persona atendida cuándo, cómo y dónde deben participar en el proceso asistencial otros profesionales.

No cabe duda de la posición de privilegio que tienen los profesionales de atención primaria en el sistema sanitario para abordar tanto los factores de riesgo, como las conductas saludables en la población que atienden. Se estima que en 5 años el 95% de la población a la que atiende un profesional habrá tenido contacto con él (Monreal Hijar A., García Ruiz MT., Forés Catalá MD., 2011). Esto constituye una gran oportunidad para intervenir con actividades preventivas y de promoción. En concreto para enfermería, el rol para desarrollar actividades preventivas y de promoción es nuclear, sobre todo en lo que a educación para la salud se refiere, en materia de autocuidados, bien dirigidos sobre población sana, o bien sobre población con alguna enfermedad presente. El perfil enfermero como promotor de cuidados, junto con su accesibilidad, le confiere un valor añadido al estar en una situación de privilegio para desarrollar actividades preventivas y de promoción.

Anteriormente hablábamos sobre como la organización de la atención primaria puede y debe variar en relación con el contexto en que se desarrolla. Esto también está vigente al hablar de las diferencias existentes a nivel organizativo y estructural entre los ámbitos urbano y rural. El primero de ellos se caracteriza por la concentración de cantidades elevadas de población en un territorio reducido, por lo que existe una mayor densidad de habitantes y, por extensión una mayor cantidad de los recursos sanitarios necesarios. En el ámbito rural, la situación es al revés, con una población escasa y ubicada en núcleos que están distantes entre sí, por lo que es obligada la dispersión de los centros y de los profesionales para mantener un grado suficiente de accesibilidad y proximidad geográfica. Por tanto, mientras que en el ámbito urbano los centros de salud suelen estar radicados en un edificio único, en el rural es frecuente que exista un centro de salud principal (en la población mayor) y varios consultorios locales (en los núcleos menores), en los que puede llegar a prestarse atención solo durante algunos días y horas de la semana.

Como se ha visto, con una atención primaria orientada a la comunidad existe una inercia natural a actuar desde perspectivas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Las actividades preventivas y de promoción de la salud se desarrollan en todos los ámbitos del sistema sanitario, pero es en el seno de la atención primaria donde adquieren mayor protagonismo, sobre todo en un marco de integración progresiva de las actuaciones clínicas y de salud pública y comunitaria. Este grupo de actividades genera un volumen importante de demandas de atención en los centros de salud. Previamente a su realización es preciso valorar la viabilidad, pertinencia, efectividad, eficiencia y balance riesgo/beneficio de estas demandas

preventivas, así como la calidad de la evidencia científica disponible sobre cada una de las recomendaciones y actividades. Veremos en los siguientes apartados las características más importantes de estas actividades, los tipos y su finalidad, y se aportarán algunos datos de los resultados derivados de su aplicación.

### 2.2.2 Promoción de la salud

En 1986 se celebró en Ottawa la 1ª Conferencia Internacional sobre promoción de salud y estuvo patrocinada por la OMS. No obstante de forma periódica se han ido sucediendo conferencias que han permitido su desarrollo conceptual (Sarría et al., 2007).

La OMS (1998) define la promoción de salud como: “el proceso que permite que la población pase a controlar los factores que determinan su salud con el objetivo de incrementarla”.

La promoción de salud persigue construir salud tanto a nivel individual como comunitario. El empoderamiento individual y comunitario es una de las principales herramientas para que los individuos y comunidades puedan ejercer el poder necesario para mejorar su salud. Por empoderamiento entendemos “la capacidad de los individuos y las comunidades de mejorar su salud incrementando el control sobre los factores que son realmente determinantes de su salud”.

La promoción de salud complementa a la prevención a través de sus metas, valores, principios y estrategias particulares. Estos valores y principios son aplicables en la prevención primaria y secundaria, además de en el tratamiento, rehabilitación o cuidados paliativos de enfermedades crónicas.

Por tanto promoción de la salud puede entenderse como:

1. Educación para la Salud, dirigida al cambio de los estilos de vida. En nuestro contexto nacional esta es la forma habitual de entender a la promoción de la salud.
2. Mejora de la salud del sano.
3. Una “parte de la salud pública”.
4. Una “forma de pensar en salud”.

Dentro del contexto de la promoción de la salud, el concepto salud ha sido considerado no como un estado abstracto sino como un medio para llegar a un fin, como un recurso que permite a las personas llevar una vida individual, social y económicamente productiva. La salud es un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida. Se trata de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas.

La importancia de la promoción de la salud está relacionada con el cambio producido en las sociedades occidentales a partir de la industrialización acentuándose en el siglo XX, momento en el que el estilo de vida y la salud se convierten en un binomio inseparable. No cabe duda de que los ciudadanos han sufrido un cambio profundo en sus hábitos de vida en las últimas décadas, el organismo ha pasado de estar preparado para la acción a un organismo que puede desarrollar sus actividades laborales y cotidianas sin precisar prácticamente de actividad física alguna. Este desajuste también está teniendo sus repercusiones en la salud. Estos cambios de conducta devienen, con frecuencia, en patologías. Los nuevos hábitos de alimentación y la escasez de actividad propician la aparición de los problemas de salud más prevalentes en la sociedad del siglo XXI.

Los estilos de vida relacionados con la alimentación y el ejercicio según la revista Bandolier en su artículo “Bandolier’s summary of advice on healthy living” están íntimamente relacionadas con las primeras causas de muerte de nuestro país.

Desde el Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de la Nutrición en Europa, (2003) se nos ofrecen las siguientes relaciones entre actividad física y alimentación que se presentan en la tabla 2.1:

Patología	Factores de riesgo de origen alimentario y actividad física
Hipertensión arterial	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de alcohol Consumo excesivo de sal
Enfermedades cerebrales y cardiovasculares	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de ácidos grasos saturados Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras
Cánceres (especialmente colon, mama, próstata y estómago)	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo excesivo de alcohol Consumo excesivo de sal Consumo inadecuado de alimentos ricos en fibras Actividad física inadecuada o exceso ponderal
Obesidad	Aporte energético excesivo Actividad física inadecuada
Diabetes tipo2	Obesidad Actividad física inadecuada
Osteoporosis	Aporte inadecuado de calcio Aporte inadecuado de vitamina D Actividad física inadecuada
Caries	Consumo frecuente de hidratos de carbono fermentables/alimentos o bebidas con alto contenido en azúcar
Erosión dental	Consumo de alimentos, frutas o bebidas de contenido ácido
Trastornos debidos a una deficiencia de yodo	Consumo inadecuado de pescado o de alimentos enriquecidos con yodo
Nacimientos prematuros e insuficiencia	Aporte inadecuado de nutrientes

ponderal al nacer	
Anemia ferropénica	Aporte inadecuado o inexistente de hierro Consumo inadecuado de frutas, verduras y carne
Menor resistencia a las infecciones	Consumo inadecuado de frutas y verduras Consumo inadecuado de micronutrientes Lactancia materna inadecuada

**Tabla 2.1. Relaciones entre actividad física y alimentación.**

Por otro lado, el Informe sobre la Salud en el Mundo del 2002 realizado por la OMS, recoge y explica cómo un conjunto de factores de riesgo importantes, causan por sí solos una proporción considerable de todas las defunciones y enfermedades que se producen en la actualidad, en la mayoría de los países. En el caso de las enfermedades crónicas, además del tabaco y alcohol, las más destacables serían el sobrepeso y la obesidad, la inactividad física, el bajo consumo de frutas y verduras y diversos efectos biológicos intermedios, como pueden ser el aumento de la tensión arterial y el incremento del colesterol sérico y de la glucemia.

Además y según estimaciones de la propia OMS (2009) la falta de ejercicio físico provoca más de seiscientas mil muertes al año en el mundo. Si a esto además se le añade, como nos señala el Plan de Promoción de la Actividad Física y Alimentación equilibrada de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, una alimentación inadecuada y el consumo de tabaco, el sedentarismo estaría involucrado en alrededor del 80% de las enfermedades del corazón prematuras, y constituye por sí mismo, una de las diez primeras causas de defunción y discapacidad en el mundo.

Sarría et al., (2007) indica que las actividades que fundamentalmente habría que plantear para resolver las necesidades sanitarias actuales en España son intervenciones de promoción de la salud encaminadas a modificar los estilos de vida: tabaquismo, dieta y ejercicio físico. Así mismo Salleras et al. (2003), señala que entre los comportamientos más importantes sobre los que se podría ejercer un mecanismo de control se encuentran el sedentarismo y falta de ejercicio y una mala alimentación.

Existe un importante cuerpo de evidencias que vendrían a complementar las ya expuestas anteriormente y que avalan los efectos protectores de los patrones dietéticos (Knoops, K. T., et al., 2004) y del ejercicio físico sobre el riesgo de presentar diferentes patologías crónicas, como enfermedades cardiovasculares (Paffenbarger, R., Hyde, R.T., Wing, A.L., & Hsieh, C.C., 1986) (Morris, JN., Kagan, A., Pattison, D.C., & Gardner, M.J., 1966) (Fletcher et al., 2001) (Pollock, M.L., et al., 2000) (Thompson, P.D., Buchner, D., Pina, I.L., Balady, G.J., Williams, M.A., Marcus, B.H., 2003), hipertensión arterial (Blair S.N., Goodyear, N.N., Gibbons, L.W., & Cooper, K.H.,

1984) (Fagard et al 2001) (American College of Sports Medicine, 2004) (Chobanian et al., 2003), enfermedad vascular periférica, (McDermott et al., 2006) diabetes mellitus tipo 2 (Helmrich, S.P., Ragland, D.R., Leung, R.W., & Paffenbarger, R. S., 1991) (Knowler, W.C., Barrett-Connor, E., Fowler, S.E., Hamman, R.F., Lachin, J.M., Walker, E.A., 2002) (Thompson, P.D., Crouse, S.F., Goodpaster, B., Kelley, D., Moyna, N., & Pescatello, L., 2001) (Sigal, R.J., Kenny, G.P., Wasserman, D.H., & Castaneda-Sceppa, C., 2004), osteoporosis (Marcus et al 1992) (Cummings, S.R., Kelsey, J.L., Nevitt, M.C., & O'Dowd, K.J., 1985) (Vuori et al, 2001) (Going et al. 2003) (U.S. Department of Health and Human Services, 2004), cáncer de colon (Lee, I.M., Paffenbarger, R.S., & Hsieh, C., 1991) (Slattery, M.L., & Potter, J.D., 2002), cáncer de mama (Breslow, R.A., Ballard-Barbash, R., Muñoz, K., & Graubard, B.I., 2001), ansiedad y depresión (King, A.C., Taylor, C.B., Haskell, W.L., & DeBusk, R.F., 1989) (Taylor, C.B., Sallis, J.F., & Needle, R., 1985) (Pollock et al, 2001) (Brosse, A.L., Sheets, E.S., Lett, H.S., & Blumenthal, J. A., 2002), obesidad (Wing, R.R., & Hill, J.O., 2001) (U.S. Preventive Services Task Force. 2003) y profilaxis de la enfermedad tromboembólica (Rauramaa et al, 1986) (De Geus, E.J., Kluft, C., de Bart, A.C., & van Doornen, L.J., 1992) (Suzuki et al, 1992) (Kestin, A.S., Ellis, P.A., Barnard, M.R., Errichetti, A., Rosner, B.A., & Michelson, A.D., 1993) (Wannamethee, S.G., Lowe, G. D.O., Whincup, P.H., Rumley, A., Walker, M., & Lennon, L., 2002).

Además de estos hallazgos, la literatura científica existente muestra intervenciones concretas de promoción de la salud con buenos resultados de efectividad y niveles de evidencia altos que sugieren un grado de recomendación alto. A modo de ejemplo, en la tabla 2.2 se muestran algunas de estas intervenciones relacionadas con el consejo sobre alimentación, actividad física y deshabituación tabáquica.

<b>Evidencia de las recomendaciones relacionadas con la deshabituación tabáquica.</b>	
Intervención (USPSTF, 2010)	Grado recomendación
Se recomienda preguntar en cada visita por el consumo de tabaco a las personas mayores de 10 años y registrar el consumo en la historia clínica. La periodicidad mínima de esta detección debe ser de 1 vez cada 2 años. No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años en los que se tenga constancia en la historia clínica que nunca han fumado.	A
Todas las personas que fuman deben recibir un consejo claro y personalizado, debe ofrecérseles ayuda para dejar de fumar y se debe fijar un seguimiento mínimo durante las primeras semanas después de dejar de fumar.	A
<b>Evidencia de las recomendaciones relacionadas con la alimentación.</b>	
Intervención (USPSTF, 2003)	Grado recomendación
Asesoramiento sistemático para promover una alimentación saludable en personas sanas sintomáticas atendidas en atención primaria.	No suficiente ni a favor ni en contra

Asesoramiento dietético intensivo en personas adultas con dislipemia u otros factores de riesgo cardiovascular o enfermedades crónicas relacionadas con la alimentación.	B
<b>Evidencia de las recomendaciones relacionadas con la actividad física.</b>	
Intervención (Córdoba et al., 2012)	Grado recomendación
Los médicos deben utilizar la actividad física y el ejercicio físico como un fármaco universal, con pocos efectos secundarios y bajo coste	A
Incorporar el consejo y prescripción de la actividad física en las consulta de atención primaria, motivando y reforzando al paciente en cada visita aunque éste no sea el motivo de consulta	B
Recomendar un mínimo de 60 min diarios de actividad física moderada para niños y jóvenes, y un mínimo de 30 min para adultos y ancianos	A
Realizar ejercicio físico de forma regular ayuda a mantener la independencia funcional de las personas mayores y la calidad de vida en todas las edades	A
Realizar ejercicio físico de forma regular disminuye el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y facilita el control de muchas de las que han aparecido	A

**Tabla 2.2. Intervenciones basadas en evidencia relacionadas con el consejo en deshabituación tabáquica, alimentación y actividad física.**

Los datos epidemiológicos sobre estilos de vida en España no son los más adecuados para pensar que en España se tiene un buen estado de salud. Según la última Encuesta Nacional de Salud correspondiente al año 2011-2012, más de la mitad de los españoles, mayores de 18 años, presentan sobrepeso y obesidad. En lo que se refiere a los hombres este porcentaje se sitúa en el 63% y en el caso de las mujeres se sitúa en el 44% (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2013).

Concretamente y respecto a la obesidad en adultos:

- Continúa aumentando la obesidad en adultos. La obesidad afecta ya al 17,0% de la población de 18 y más años (18,0% de los hombres y 16,0% de las mujeres). Desde la primera Encuesta Nacional de Salud en 1987, la obesidad sigue una línea ascendente en ambos sexos, más marcada en hombres que en mujeres.
- Mientras que en 1987 el 7,4% de la población de 18 y más años tenía un índice de masa corporal igual o superior a 30 kg/m<sup>2</sup> (límite para considerar obesidad), en 2012 este porcentaje supera el 17%. Un 53,7% de la población mayor de 18 años, padece obesidad o sobrepeso.
- La obesidad es más frecuente a mayor edad, excepto en mayores de 74 años.
- La obesidad crece según se desciende en la escala social, de 8,9% en la clase I (directores/as de establecimientos de 10 o más y profesionales tradicionalmente asociados a licenciaturas universitarias) a 23,7% en la clase VI (trabajadores/as no cualificados/as).

- Destaca la prevalencia de peso insuficiente en mujeres de 18 a 24 años (12,4%), frente al 4,1% de los hombres de su mismo grupo de edad.
- La prevalencia de obesidad infantil (dos a diecisiete años), se mantiene relativamente estable desde 1987, con altibajos. Un 27,8% de esta población, padece obesidad o sobrepeso. Uno de cada 10 niños tiene obesidad y dos sobrepeso, en ambos sexos con cifras similares.

Respecto al consumo de frutas, verduras y otros alimentos:

- El 61,4% de la población (uno y más años) consume fruta a diario y el 45,8%, verduras a diario. El consumo diario de estos alimentos desciende desde los primeros años de vida hasta el grupo de 15 a 24 años, y después vuelve a aumentar hasta el grupo de 75 y más años, volviendo a descender.
- El 12,5% de la población consume refrescos con azúcar a diario, menos que en 2006 (17,2%). El 2,1% declara que consume comida rápida diariamente.

Respecto a la práctica de ejercicio:

- Los hombres hacen más ejercicio que las mujeres.
- Cuatro de cada 10 personas (41,3%) se declara sedentaria (no realiza actividad física alguna en su tiempo libre), uno de cada tres hombres (35,9%) y casi una de cada dos mujeres (46,6%).
- Considerando tanto la actividad principal como el tiempo libre, el 40,9% de los adultos (15-69 años) realiza actividad física intensa o moderada, 49,4% de los hombres y 32,4% de las mujeres.

Las cifras son suficientemente explicativas y dejan claro que se deben emplear mejores estrategias y recursos en promoción de la salud de manera que se alcance resultados más próximos a estilos de vida óptimos.

### **2.2.3 Prevención de la Enfermedad**

Según la OMS (1998) se define a la Prevención como “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.

Las actuaciones preventivas se diferencian según la etapa de la historia natural de la enfermedad en la que intervienen. La historia natural puede evolucionar hacia la curación, cronicidad, invalidez o muerte.

Hay tres fases en la historia natural de la enfermedad:

- Prepatogénica o de susceptibilidad, se inicia cuando los factores de riesgo que favorecen la ocurrencia de la enfermedad empiezan a actuar, pero aún no ha comenzado el proceso mórbido.
- Patogénica, en ésta fase comienzan cambios anatomopatológicos. Puede haber una fase subclínica sin signos ni síntomas y en la que la persona no tiene ninguna manifestación o bien una fase clínica en la que aparecen signos y síntomas.
- Fase de resultados, es la etapa evolutiva final y puede desembocar en la curación, muerte o detención del progreso del problema con la discapacidad que pudiera conllevar.

Se pueden distinguir distintos niveles de prevención según éstas fases (Tabla 2.3), así encontramos:

- Prevención Primaria: es aquella que actúa en el periodo prepatogénico con lo que evita la aparición de la enfermedad, así principalmente encontramos como actividades de prevención primaria las vacunaciones y la quimioprofilaxis. Está vinculada a los profesionales sanitarios y persigue minimizar la probabilidad de que una enfermedad llegue a producirse. Se realiza generalmente en personas sanas y evita enfermedades que podrían no ocurrir nunca. Las intervenciones deben incidir en los factores que están relacionados con el riesgo de enfermar y sensibles a ser modificados: factores de riesgo ambientales y conductuales, luego se pueden clasificar en medidas de protección y promoción de la salud.
- Prevención Secundaria: se refiere a la detección de la enfermedad en un periodo patogénico subclínico, antes de que se manifieste la enfermedad. Se realiza mediante el cribado o screening, un ejemplo lo podemos encontrar con la mamografía para la detección precoz del cáncer de mama. Éste tipo de prevención está supeditada, principalmente, a la existencia de un instrumento que permita la detección de la enfermedad en su fase subclínica, que exista un tratamiento que en una fase precoz mejore el pronóstico de la historia natural de la enfermedad. Pretende mejorar el pronóstico de la enfermedad.
- Prevención Terciaria: las intervenciones acaecen en el periodo patogénico con presencia de clínica. Las lesiones deben ser irreversibles y con carácter de cronicidad. Se persigue que la persona obtenga el máximo nivel de autonomía, bienestar y calidad de vida. Como objetivo, la prevención terciaria persigue retrasar el curso de la enfermedad, mejorar las funciones residuales de la persona y minimizar la aparición o gravedad de incapacidades.

- **Prevención Cuaternaria:** son aquellas actividades que intentan evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica. Se evita el daño obviando actividades innecesarias (p. ej., suprimiendo dosis redundantes de revacunación antitetánica). Se reduce el daño limitando el impacto perjudicial de alguna actuación (p. ej., empleando protectores tiroideos al hacer radiografías dentales). Se palia el daño reparando la salud deteriorada como consecuencia de una actividad médica (p. ej., pautando el abandono paulatino de benzodiazepinas en una adicción consecuente al tratamiento del insomnio) (Gérvas Camacho J., Gavilán Moral E & Jiménez de Gracia L., 2012).

Fases de enfermedad	Susceptibilidad (inducción)	Presintomático (latencia)	Enfermedad clínica	Curación, disfunción o muerte
Cambios tisulares y/o fisiológicos y/o de sistema	Prepatogénesis	Patogénesis		Resolución o secuelas
Niveles de prevención	Primaria	Secundaria		Terciaria
	Cuaternaria			
Tipo de intervenciones	Educación sanitaria, legislación, protecciones específicas (vacunas), medio ambiente	Cribado, diagnóstico y tratamiento precoz		Diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, limitación de la incapacidad

Tabla 2.3. Relación entre la evolución natural de la enfermedad y fases de la prevención (Martín Zurro, 2011)

Se hace necesario reflexionar sobre la relación existente entre la promoción de la salud y la prevención de enfermedad, y es que las intervenciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad deben ser sinérgicas y su objetivo siempre es mejorar los factores individuales que intervienen en el nivel de salud de las personas de la comunidad.

El concepto de prevención de la enfermedad y promoción de la salud están íntimamente relacionados y tienden a confundirse (Redondo Escalante, 2004) y su principal diferencia radica en su enfoque: la promoción trabaja con población sana mientras la prevención lo hace con población enferma o en riesgo de enfermar (OMS, 1998). La protección y mejora de la salud de las poblaciones dependen de la colaboración, coordinación y alianza de todos los sectores implicados en las mismas (Torío Duránte. J, García Tirado. MC., 2000).

La USPTF (1992) entiende que hay 3 tipos de acciones preventivas y de promoción de salud: inmunización activa-quimioprofilaxis, consejo e intervenciones de cribado. Pertencerían a la prevención primaria la inmunización y el consejo y a la secundaria el cribado. Por su parte Jiménez (2003) nos ofrece un matiz que vincula la promoción y la prevención, nos indica que promoción y prevención pueden tener afinidades importantes ya que actuaciones encaminadas a la promoción de la salud son también importantes medidas preventivas. Si realizamos intervenciones para optimizar los niveles de glucosa en sangre a través de medidas de promoción de salud en el sano, como la realización de ejercicio físico, a su vez también se reduce la incidencia de eventos coronarios, con lo que realmente estaríamos realizando una prevención de la enfermedad coronaria.

Es fundamental conocer los factores de riesgo modificables para proponer actuaciones de prevención dirigidas a reducir las causas de muerte asociados a dichos factores. Así, en países como España que cuentan con una alta renta per cápita (>10.066 dólares), los principales factores de riesgo presente son los que se describen en la tabla 2.4.

Posición global	Factor de riesgo	Muertes (millones)	Porcentaje	Porcentaje acumulado
1	Tabaquismo	1.5	17.9%	17.9%
2	Hipertensión arterial	1.4	16.8%	34.7%
3	Sobrepeso y obesidad	0.7	8.4%	43.1%
4	Inactividad física	0.6	7.7%	50.8%
5	Diabetes	0.6	7.0%	57.8%
6	Hipercolesterolemia	0.5	5.8%	63.6%
7	Bajo consumo de frutas y vegetales	0.2	2.5%	66.1%
8	Aire urbano contaminado	0.2	2.5%	68.6%
9	Consumo de alcohol	0.1	1.6%	70.2%
10	Riesgos ocupacionales	0.1	1.1%	71.3%

Tabla 2.4. Mortalidad global según su fracción atribuible a los 10 principales factores para países con ingresos per cápita altos. OMS 2009.

También interesa conocer los datos sobre la situación de las prácticas preventivas y el grado de aplicación. Mostramos a continuación la situación sobre algunas prácticas preventivas en España (INE, 2013), lo que permite detectar las áreas en las que se necesita una intensificación de las actividades.

- Control tensión arterial. El 89,69% de los mayores de 45 años se ha tomado la tensión arterial hace menos de dos años. La frecuencia de esta práctica preventiva se incrementa escalonadamente con la edad.
- Colesterol. El 87,3% de los adultos entre 35 y 74 años se ha medido el colesterol en los últimos 5 años.
- Mamografía. Tres de cada cuatro mujeres se realizan una mamografía según la pauta recomendada. El 77,1% de las mujeres de 50 a 69 años declara haberse hecho una mamografía para la detección precoz del cáncer de mama en los últimos dos años, según la pauta recomendada, y otro 9,5% hace más de dos años pero menos de tres.
- Citología vaginal. Más del 70% de las mujeres entre 25 y 64 años se ha hecho una citología vaginal en los últimos cinco años, pauta recomendada para la detección precoz del cáncer de cuello de útero. La cobertura de la prueba está por encima del 80% entre los 35 y los 54 años.
- Hábito tabáquico. En España cada vez se fuma menos. Siguen fumando más los hombres, pero entre los jóvenes hay poca diferencia. El 24,0% de la población de 15 y más años afirma que fuma a diario, el 3,1% es fumador ocasional, el 19,6% se declara ex fumador y el 53,5% nunca ha fumado. Por sexo, el porcentaje de fumadores es del 27,9% en hombres y del 20,2% en mujeres. Desde 1993 a 2012 el porcentaje de población que consume tabaco a diario muestra un continuo descenso, fundamentalmente a expensas de los hombres. Desde 2003 también se aprecia un declive en mujeres, aunque menos acusado. Así, mientras que en 1993 un 32,1% de la población de 16 y más años consumía tabaco a diario (44,0% de los hombres y 20,8% de las mujeres), en 2001 ese porcentaje fue del 31,7% (39,2% de los hombres y 24,7% de las mujeres) y en 2012 del 24,0% (población de 15 y más años: 27,9% de los hombres y 20,2% de las mujeres). El hábito tabáquico en los jóvenes entre 15 y 24 años afecta al 21,7%, sin gran diferencia por sexo (22,5% de los hombres frente al 21,0% de las mujeres).
- Vacunaciones del calendario vacunal oficial. En España (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013) el porcentaje de cobertura de primovacunación es bastante bueno. Como se muestra en la tabla 2.5 el porcentaje de niños de 0 a 1 año de edad que han recibido tres dosis de vacuna frente a poliomielitis, difteria-tétanos-tos ferina (DTPa), Haemophilus influenzae tipo b (Hib), hepatitis B y dos dosis de vacuna frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C se encuentra entre el 95,8 y 96,6%.

AÑOS	VACUNAS				
	Poliomielitis	DTPc/a	Hib	Hepatitis B	MenC
1998	95,0	94,6	81,6	-	-
1999	95,2	95,1	92,1	-	-
2000	95,0	95,0	92,0	-	-
2001	96,2	96,3	96,0	-	86,7
2002	98,2	98,0	97,9	-	97,8
2003	98,5	98,2	98,1	97,6	97,6
2004	96,9	96,6	96,5	96,9	96,4
2005	96,2	96,2	96,0	96,1	95,6
2006	97,6	97,6	97,5	96,6	97,1
2007	96,4	96,4	96,3	96,3	96,8
2008	96,7	96,7	96,7	96,5	97,2
2009	95,9	95,9	95,9	95,5	97,4
2010	96,6	96,6	96,6	96,5	97,8
2011	97,1	97,1	97,1	96,6	98,0
2012	96,3	96,3	96,3	95,8	96,6

**Tabla 2.5. Porcentaje de coberturas de primovacunación. Total Nacional 1998-2012.**

- Vacunaciones antigripales en mayores de 65 años. Como se observa en la tabla 2.6 Los datos de la cobertura de la vacunación antigripal en mayores de 65 años en España son mejorables. El porcentaje vacunación antigripal en personas mayores de 65 años en el periodo estacional 2012-2013 es del 57%, aunque oscila de un 31.5% en Melilla a un 67.2 en La Rioja (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013).

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Población	Vacunados	%
Andalucía	1.283.925	759.919	59,2
Aragón	268.263	153.738	57,3
Asturias	245.500	140.371	57,2
Baleares	151.477	72.482	47,9
Canarias	268.570	97.087	36,1
Cantabria	111.768	70.723	63,3
Castilla y León	585.935	373.597	63,8
Castilla La Mancha	375.603	215.631	57,4
Cataluña	1.287.521	799.688	62,1
C. Valenciana	871.555	435.233	49,9
Extremadura	229.124	139.186	60,7
Galicia	635.793	322.777	50,8
Madrid	974.202	584.458	60,0
Murcia	206.565	86.407	41,8
Navarra	111.676	65.495	58,6
País Vasco	443.141	268.617	60,6
La Rioja	60.452	40.635	67,2
Ceuta	8.465	2.038	24,1
Melilla	8.035	2.535	31,5
TOTAL	8.127.570	4.631.296	57,0

**Tabla 2.6. Coberturas de vacunación antigripal en población ≥ 65 años. Temporada estacional, 2012-2013.**

Los datos de la evolución de la cobertura de la vacuna antigripal tampoco son buenos. En la tabla 2.7 podemos apreciar cómo la cobertura de esta vacuna desde la temporada 1996-1997 hasta la 2012-2013 ha disminuido, pasando de un 70,1% en la temporada 2005-2006 al 57% de las últimas tres temporadas.

Temporada	Cobertura
1996-1997	62,7
1997-1998	66,8
1998-1999	63,5
1999-2000	59,8
2000-2001	61,5
2001-2002	61,9
2002-2003	67,2
2003-2004	68,0
2004-2005	68,6
2005-2006	70,1
2006-2007	67,5
2007-2008	62,3
2008-2009	65,4
2009-2010	65,7
2010-2011	56,9
2011-2012	57,7
2012-2013	57,0

**Tabla 2.7. Evolución cobertura de vacunación antigripal en población ≥ 65 años. Total Nacional, temporadas 1996-1997 a 2012-2013.**

Con respecto a la prevención del consumo de tabaco y la administración de vacunas, realmente son actividades preventivas que están más que justificadas. De hecho, la mitad de las personas que fuman regularmente, morirán a causa de enfermedades relacionadas con el consumo de tabaco (Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I., 2004). Con respecto a la vacunación, constituye una de las estrategias preventivas más efectivas en salud pública, teniendo como resultado una importante disminución de la incidencia de muchas enfermedades transmisibles, llegando incluso a erradicarlas, como en el caso de la viruela, o a eliminarlas en determinadas áreas geográficas, como es el caso de la poliomielitis y el sarampión (Borras, E., Domínguez, A., & Salleras, L., 2011). Sin embargo, es curioso el hecho de que existe una escasa motivación entre los profesionales para intervenir (Rothenich et al., 2008), disponiendo, de intervenciones efectivas como ya se ha indicado (Guideline, T.T.C.P., 2008), (Agency for Healthcare Research and Quality, 2005), (Rice, V.H., & Stead, L.F., 2008), (Lancaster, T., Silagy, C., & Fowler, G., 2000), (Lancaster, T. & Stead L.F., 2005), (Stead, L.F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T., 2013), (Stead, L.F., & Lancaster, T., 2012a), (Stead, L.F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill,

K., & Lancaster, T., 2012b), (Stead, L.F., & Lancaster, T., 2012c), (Stead, L.F., Perera, R., & Lancaster, T., 2006), (Hartmann-Boyce, J., Stead, L.F., Cahill, K., & Lancaster, T., 2013) (Secker-Walker, R.H., Gnich, W., Platt, S., & Lancaster, T., 2002). Comentaremos en el apartado siguiente los principales obstáculos para la aplicación de actividades preventivas y de promoción de la salud referidos por expertos y estudios empíricos sobre el tema.

#### 2.2.4 Obstáculos para la aplicación de actividades preventivas y de promoción de la salud

A pesar de la relevancia que poseen las actividades preventivas y de promoción relacionadas con los estilos de vida, la implantación e integración de estas actividades se enfrentan a varias barreras. Principalmente se han identificado tres tipos de factores como principales barreras, relacionados con los profesionales, con los pacientes y con el propio sistema sanitario (Figura 2.8).



Figura 2.8. Principales barreras para la realización de actividades preventivas y de promoción

Estos tres factores van a estar presentes en la gran variabilidad que existe para que en atención primaria se realicen actividades de prevención y promoción. Varios autores han destacado que las actitudes de los profesionales no son las adecuadas ante las actividades preventivas y de promoción (Monreal et al., 2011), (Nebot et al., 2007), las características de los individuos (factores de riesgo, sexo o edad), y por parte del sistema sanitario las propias características del mismo: dispersión geográfica, carga asistencial, existencia de consulta de enfermería, años de funcionamiento del centro. Esto hace importante el que las estrategias de intervención reconozcan las peculiaridades de cada centro en su diseño y puesta en marcha. En el caso de los profesionales es importante que participe el equipo en la evaluación continuada de las actividades preventivas y de promoción para poder mejorar la calidad en relación con alguna de las intervenciones incorporadas en su práctica diaria. Existen intervenciones como la vacunación antigripal, que aun conociendo el impacto en términos de

morbimortalidad y sus complicaciones y que la vacunación es una intervención efectiva para prevenir estas últimas, no se ha logrado la máxima cobertura vacunal (Tablas 2.6 y 2.7), aún con grandes programas de vacunación. Entre las posibles causas se encuentran el diferente nivel de conocimiento que poseen los ciudadanos sobre la vacuna y el valor que otorgan los profesionales a la efectividad de esta intervención en la prevención de la enfermedad.

Se han identificado algunos obstáculos y restricciones en el proceso de implantación e integración de las actividades preventivas y de promoción de la salud (Monreal et al., 2011) (Fig 2.9):

- Relación médico-paciente inadecuada y sin continuidad temporal, que va en contra de aspectos como la aceptabilidad y el cumplimiento de las actividades propuestas por parte de la población.
- La falta del trabajo en equipo de los profesionales. Los profesionales trabajan de manera aislada, mientras que un trabajo en equipo favorece la cumplimentación e intercambio de información.
- Falta de tiempo, ya sea por una insuficiente dotación de recursos humanos y/o materiales o por la excesiva demanda asistencial curativa con la consiguiente sobrecarga de trabajo.
- Las deficiencias en los sistemas de registro y citaciones, así como en la documentación clínica utilizada por el equipo.
- La falta de instrumental y otros recursos materiales indispensables para llevar a cabo determinadas actividades programadas.
- Pobre valoración por parte de los profesionales sobre la importancia que tienen los problemas que deben prevenirse.
- Pobre valoración de la población sobre la importancia que tienen los problemas que deben prevenirse. Kloppe, 2005, señala que los pacientes dudan acerca de la efectividad de las actividades.
- Ausencia de colaboración o coordinación con otros sectores relacionados con la salud y con los medios de comunicación social.
- La pobre llegada a los profesionales de las recomendaciones acerca de la pertinencia, periodicidad o forma de realizar determinadas intervenciones preventivas y de promoción.
- Las lagunas formativas de los profesionales sanitarios en el campo de la prevención y la promoción de la salud, además de su escepticismo en cuanto a su efectividad. En las intervenciones asistenciales curativas se obtienen resultados a

corto y medio plazo, no así en las actividades preventivas y de promoción, cuyos beneficios se verán a largo plazo y de forma colectiva mediante variaciones favorables de los indicadores de salud. Kloppe (2005), señala la falta de consenso entre las recomendaciones.

- Ausencia de incentivos personales y colectivos, incluidos los económicos, relacionados con el grado de implantación y cumplimiento de las actividades preventivas y de promoción de la salud.



Figura 2.9. Obstáculos para el desarrollo de las actividades preventivas y de promoción

Dichos obstáculos deben ser solventados con intervenciones a nivel de los 3 actores principales: ciudadanos, profesionales y sistema sanitario.

Profesionales sanitarios:

- Es necesario que los profesionales sanitarios entiendan las recomendaciones en las áreas preventivas y de promoción como recomendaciones generadas a partir de consensos basados en las mejores pruebas clínicas disponibles. Esto requiere a su vez de una adecuación al contexto del centro de trabajo. Se hace necesario, por tanto, la formación en práctica de promoción y prevención, capacitar a los profesionales en la utilización de las técnicas necesarias para llevarlas a cabo.

- Realización de investigaciones que evalúan las intervenciones y su efectividad para poder realizar adaptaciones locales de las mismas. Debemos recordar que la evaluación de las actividades preventivas y de promoción llevada a cabo por el equipo de atención primaria es un factor indispensable para conseguir que los profesionales se involucren en ellas.

Sistema sanitario:

- Es necesario organizar las agendas de trabajo ubicando espacios temporales dedicados exclusivamente a actividades preventivas y de promoción y adaptados a las necesidades concretas de la población atendida.
- Necesidad de que todos los centros sanitarios ofrezcan los mismos servicios en cualquier punto de la geografía española.
- Aprovechamiento de las oportunidades que nos generan los nuevos sistemas de registro, que pueden ser utilizados para generar sistemas de recordatorios de actividades preventivas individualizadas a cada persona y que se activen de manera personalizada.

Ciudadanos y comunidad:

- Es necesario generar acuerdos conjuntos que orienten las políticas de manera coordinada. Esto debe realizarse a nivel educativo, judicial, tráfico, tejido asociativo, etc.
- Los medios de comunicación de masas deben ayudar a transmitir mensajes e informaciones que la ciudadanía pueda entender y que potencien la autonomía, el empoderamiento de las personas, evitando la dependencia del sistema sanitario y de sus profesionales, pasando de un modelo del déficit a un modelo de patrimonio de salud (Álvarez-Dardet, C., & Ruiz Cantero, M. T., 2011).

### 2.2.5 Intervenciones para la mejora de la asistencia clínica en profesionales

No obstante y a pesar de los obstáculos que presenta la realización de actividades preventivas y de promoción por parte de los profesionales sanitarios, también existen intervenciones que mejoran la asistencia de los profesionales. Desde hace mucho tiempo el estudio de estas intervenciones representa un objeto de interés. Es importante conocer cuáles son las intervenciones sobre profesionales que mejoran la asistencia clínica de los mismos e incluso cuáles son los resultados en salud obtenidos en los pacientes. Para los servicios preventivos

esto no es ajeno (Oxman, A.D., Thomson, M.A., Davis, D.A., & Haynes, R.B., 1995) (Grimshaw et al., 2001).

Encontramos distintas intervenciones sobre los profesionales para mejorar su práctica clínica en actividades preventivas y otras, como el apoyo sistemático (para trabajar contra el tabaquismo) (Anderson, P., & Jané-Ilopis, E., 2004), auditorias y retroalimentaciones (Jamtvedt, G., Young, J.M., Kristoffersen, D.T., O'Brien, M.A., & Oxman, A.D., 2006), incentivos económicos (Flodgren, G., Eccles, M.P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., & Beyer, F.R., 2011) formación y reuniones educativas (Weston, C.M., Sciamanna, C.N., & Nash, D.B., 2008) (Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J & Oxman AD., 2009), recordatorios computerizados (Shojania, K.G., Jennings, A., Mayhew, A., Ramsay, C.R., Eccles, M.P., & Grimshaw, J., 2009), o cambios en la cultura organizacional (Parmelli, E., Flodgren, G., Schaafsma, M.E., Baillie, N., Beyer, F.R., & Eccles, M.P., 2011). En el caso de las vacunas en atención primaria de países desarrollados, los sistemas de recordatorios y de renovación para pacientes en la mejora de las tasas de inmunización (Jacobson Vann, J.C., & Szilagyi, P., 2005). Así mismo, se recomienda que tanto organismos profesionales como instituciones de educación superior, participen en la formación de competencias de otras profesiones aliadas en salud para trabajar en promoción de salud (Needle, J., Petchey, R., Benson, J., Scriven, A., Lawrenson J & Katerina Hilari., 2011).

Sin embargo, la evidencia disponible mostró distintos grados de efectividad para distintas intervenciones (Jamtvedt et al., 2006) (Grimshaw et al., 2001) (Forsetlund et al., 2009). La mayor parte de las intervenciones fueron efectivas bajo determinadas circunstancias y se piensa que ninguna es efectiva en todas las circunstancias (Farmer et., al 2008) (Grimshaw et al., 2001).

### 2.3 Marco Legislativo

Existe un amplio marco legislativo en el que las medidas de prevención y promoción de salud tienen un peso relevante y que obligan a los proveedores públicos de servicios sanitarios a tenerlas presentes.

- 1) En la Constitución Española (1978) que en su artículo 43 nos habla del derecho a la salud, y requiere de los poderes públicos la adopción de medidas idóneas para garantizarlo. Los artículos 49 y 50 son específicamente para personas con déficits físico-psíquicos y para la tercera edad.

- 2) La Ley General de Sanidad (abril de 1986) menciona en el capítulo 1º, art. 6, que “las actuaciones de las Administraciones Públicas Sanitarias estarán orientadas [entre otros objetivos] a la promoción de la salud y a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada educación sanitaria de la población” y más adelante, en el capítulo 2º, art. 18, se dice también: “las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:
- a. Adopción sistemática de acciones en educación sanitaria como elemento primordial para la mejora de la salud individual y comunitaria
  - b. La atención primaria integral de la salud, incluyendo, además de las acciones curativas y rehabilitadoras, las que tiendan a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad (...).”.

En su artículo 3.1 declara que “los medios y actuaciones del sistema sanitario estarán orientados prioritariamente a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad”. Este principio general aparece en numerosas ocasiones en el articulado de la Ley al referirse a las actuaciones de las Administraciones Públicas sanitarias: art. 5; referido a la sanidad individual y comunitaria, art. 18.1; sobre la prevención de riesgos alimentarios, art. 18.10; en aspectos preventivos de los servicios de salud mental y atención psiquiátrica, art. 20.4; referente a la atención primaria de salud, arts. 18.2 y 52.6.a; en cuanto a las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que deben desarrollar los centros hospitalarios, art 68; en la coordinación general sanitaria, arts. 70.2b y 73. Resaltar que todo esto no son actividades aisladas, separadas o independientes sino incluidas y formando parte de la atención integral a la salud, formando parte tanto de la prevención de la enfermedad como de la curación y rehabilitación, arts. 18.2., 20 y 46b.

- 3) La Ley del Medicamento en su artículo 113 en su disposición adicional 6ª.3 nos dice que “programas de formación para facultativos médicos y farmacéuticos, así como a programas de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos” así como en el art. 75.5, 77.9, se nos indica que “Las Administraciones públicas sanitarias realizarán programas de educación sanitaria sobre medicamentos dirigidos al público en general”.
- 4) La Ley de Ordenación General del Sistema Educativo nos indica que la educación para la salud no es una asignatura en sí misma sino que debe estar presente en los contenidos de todo el resto de las asignaturas. Destacar que en la Educación

Secundaria Obligatoria debe contribuir a desarrollar una valoración crítica de los hábitos sociales relacionados con la salud y utilizar la educación física y el deporte para favorecer el desarrollo personal (art. 19).

- 5) La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, en su artículo 7.1 establece que el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud tiene por objeto garantizar las condiciones básicas y comunes para una atención integral, continuada y en el nivel adecuado de atención; que se consideran prestaciones de atención sanitaria del Sistema Nacional de Salud los servicios o conjunto de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos, de rehabilitación y de promoción y mantenimiento de la salud dirigidos a los ciudadanos.
- 6) La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en su artículo 7 señala que para los profesionales de Enfermería “Enfermeros: corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades”. Para los licenciados en Medicina “Médicos: corresponde a los licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención”. También refiere actividades de prevención y promoción para los Diplomados en: Fisioterapia, Óptica-optometría, Nutrición humana y dietética.

Los numerosos documentos legales revisados permiten hacernos una idea de la relevancia y trascendencia de este tema. Queda claro que paralelo al desarrollo de organismos y estructuras sanitarias encargadas de desarrollar e implantar actividades de prevención y promoción de la salud, se ha desarrollado un marco legal que obliga a los gobiernos y profesionales de la salud a dar un especial protagonismo a este tipo de actividades.

#### **2.4 Actitudes, valores, creencias y normas**

Se entiende, que la actitud positiva hacia la prevención y promoción de la salud debe ser una característica necesaria en los profesionales de la salud como punto de partida para la aplicación e implantación de actividades de prevención y promoción de salud. Por ello, para comprender con más detalle de qué estamos hablando al referirnos a la “actitud” describimos

en los siguientes apartados este concepto, su relación con conceptos muy próximos como valores, creencias y normas, veremos cuáles son sus funciones, su evolución a lo largo del tiempo y la relación entre actitud y la intención de conducta. Finalmente, repasaremos brevemente la relación entre actitud y el clima organizacional.

#### 2.4.1 Valores, creencias y normas

Como hemos señalado, antes de adentrarnos en el estudio de las actitudes es necesario hablar de la conexión existente entre varios conceptos que, con frecuencia se solapan y su significado puede parecer el mismo e inducir a confusión. Son los conceptos de valores, creencias y normas que poseen un íntima relación con las actitudes y viceversa y aparecerán a lo largo de éste trabajo, tanto de forma explícita como implícita.

Se puede apreciar la relación entre estos conceptos, en el modelo PRECEDE de Green y Kreuter, (1991), quienes en su análisis de los factores predisponentes para realizar una conducta, definen los conocimientos, valores, creencias y actitudes, como “los antecedentes a la conducta analizada y están en relación con su motivación intrínseca”. Observamos que son agrupados en una única categoría por la íntima relación que poseen. Según Prat Grau (2003), esta íntima relación lo es, porque toda actitud está relacionada con unos valores determinados y viceversa, unas actitudes concretas implican unos valores. Aunque se hace necesario matizar que las creencias que posee una persona hacia un objeto actitudinal no garantizan que sean utilizadas en la conformación de una actitud (Briñol P., Falces C. & Becerra A., 2007).

Ésta relación se puede interpretar de dos formas:

1. Las actitudes son dependientes de los valores, ya que éstos, en la estructura cognitiva, ocupan la posición más alta. Los psicólogos sociales, en general piensan que la función principal de las actitudes es la expresión de los valores (Bolívar A., 1992). Figura 2.10.



Figura 2.10. Pirámide cognitiva. Bolívar, 1992.

Las actitudes tienden a una compatibilidad en respuesta a los objetos sociales, compatibilidad que persigue facilitar la formación de sistemas integrados de actitudes y valores que utilizamos al determinar qué clase de acción debemos emprender cuando nos enfrentamos a cualquier situación posible, y que funcionan como “guías conductuales” que nos ayudan en la interpretación de nuestro entorno y de nuestra acción (Lupiani, 2006). Cuando una persona intenta decidir cómo comportarse en una situación dada mira hacia “adentro” utilizando sus actitudes como guía de comportamiento (Barón R. & Byrne D., 1998).

2. También se puede interpretar esta relación entendiendo los valores como un componente de las actitudes, pasando las actitudes a ser un concepto más general y correspondiendo los valores a la apreciación (valoración) de una persona hacia un objeto para llegar a sus objetivos. Así las actitudes son predisposiciones a valorar de una determinada forma y a actuar en consecuencia. De esta forma se podrían confundir actitudes con opiniones individuales, estando también ambos conceptos muy relacionados; mientras que la actitud es una idea más general y estable las opiniones son las manifestaciones verbales de las actitudes y son de carácter más inestable (Sarabia, 1992; citado en Prat, 2003).

Entendiendo los valores como un nivel superior a las actitudes cuando estos valores se quieran analizar, será en las actitudes en las que nos deberemos fijar, ya que en ellas se realizan y manifiestan los valores. Las actitudes y las normas son observables, los valores no.

Por su parte, las normas se pueden entender como reglas o pautas de conducta que determinan qué se puede hacer y qué no. Son instrumentos o medios para alcanzar unos objetivos.

Las normas se pueden clasificar como:

- Subjetivas: proceden del propio individuo, aunque de forma subjetiva e inducida por el exterior. Están de acuerdo con la conciencia de la persona.
- Exteriores o sociales: existe una presión colectiva que provoca que se cumplan. Si no es así, puede ser que el grupo sancione ese comportamiento. Son impuestas por alguna autoridad o poder (Prat, 2003).

Los sistemas de creencias se traducen en la práctica como normas sociales. Tienen un contenido genérico, impersonal y se diferencian de los valores sociales porque poseen carácter punitivo: su trasgresión lleva aparejada de forma explícita o implícita algún tipo de penalización". Con respecto a los valores sociales Revilla Ahumada L y Fleitas Cochoy L. (1999), nos indican que "son expresiones genéricas que reflejan la actitud que adopta una sociedad ante los dilemas más trascendentes. Sirven como criterios, se juzga el valor moral o las virtudes de una conducta. Su principal función es reafirmar al individuo frente a la incertidumbre, ofrecerle un sistema coherente de creencias que le permita responder frente a desgracias, transgresiones morales e infelicidad.

El enfoque de estos conceptos desde la sociología amplía su significado. Así, Gelles R. y Levine A. (1996), opinan que las creencias de una cultura son "ideas compartidas acerca de cómo opera el mundo". Con respecto a los valores consideran que son "amplias normas compartidas, abstractas, de lo que es correcto, deseable y digno de respeto". Los valores son mecanismos de decisión que operan en abstracto porque se mantienen en un territorio semántico impreciso; la libertad, por ejemplo, es un valor indiscutible de la modernidad pero el intento de clarificarlo se enfrenta de inmediato con la paradoja: cómo lograr la libertad si estamos ya sujetos a la finitud en el tiempo, en el espacio, en el discurso, etc. Nos proponen que las normas son "reglas acerca de lo que la gente debe o no debe hacer, decir o pensar en una situación determinada". A diferencia de los valores, que tienen un carácter abstracto, las normas tienen como referencia situaciones prácticas que se realizan siguiendo procedimientos bien definidos. El propósito de las normas no es garantizar el bien moral sino hacer operacional la continuidad del sistema cultural donde se implantan. Las normas son convenciones que podrían ser de un modo distinto al que son, en tanto los valores son constantes culturales, aunque paradójicamente indefinidos (Gelles et al., 1996).

### 2.4.2 Actitudes

Tradicionalmente las actitudes han sido un tema de estudio clásico tratado ya por Thurstone (1928), citado en Barón et al., (1998) y hoy sigue teniendo una gran vigencia según autores como, Albarracín, Jonhson & Zanna (2005); Eagly y Chaiken (1993); Fazio y Olson (2003); Haddock y Maio (2004).

El estudio de las actitudes ha sido y es una preocupación importante desde distintas disciplinas, principalmente desde la psicología y dentro de ella para la psicología social. Desde las ciencias de la conducta, las actitudes son objeto de estudio por la relación que tienen éstas con los comportamientos. Graus (1995), citado en Morales (1999), realizó un metaanálisis que dejaba patente que existe relación entre actitud y conducta, aunque que son muchas las variables que pueden influir de manera significativa en ella. A su vez, Morales (1999) y Barón et al. (1998), piensan que la actitud desempeña un papel central en los procesos de cambio social, dado su carácter de factor mediador entre la persona y el contexto social al que pertenece.

Las actitudes no sólo tienen repercusión a nivel individual sino también a nivel social y nos afectan como sanitarios. Payne R, Wall T, Barril C, Carter A., (1999) obtienen resultados que nos dicen que los efectos psicológicos de las características del trabajo tienen relación con las actitudes hacia el trabajo y la tensión psicológica. Se demuestra que cuando la tensión aumenta, la relación entre las opiniones de las características del trabajo y las actitudes hacia el trabajo disminuyen.

En el mundo laboral el estudio de las actitudes es importante (Braza, 1999), entre otros motivos por su relación con el nivel de competencia de un individuo en un área práctica determinada. El nivel de competencia se define como la medida en que una persona puede utilizar sus conocimientos, actitudes, aptitudes y buen juicio, asociados a su profesión, para poder desempeñarse de manera eficaz en las diferentes situaciones que corresponden al campo de su práctica profesional (Perdomo et al, 2003). Por tanto, el conocimiento y análisis de las actitudes es un aspecto relevante al ser parte de las competencias exigidas a los profesionales de la Salud.

Desde una perspectiva científico-técnica y haciendo una análisis retrospectivo del concepto actitud, se observa que existen diversas y numerosas definiciones. Allport (citado en Lupiani, 2006) constató más de un centenar de definiciones de actitud girando todas en torno a la predisposición del individuo a conducirse de un modo u otro. Mostramos a continuación

algunas de las definiciones del concepto actitud (citados en Castro 2002) con la finalidad de mostrar la variedad de significaciones que presenta:

"... la actitud corresponde a ciertas regularidades de los sentimientos, pensamientos y predisposiciones de un individuo a actuar hacia algún aspecto del entorno".

"La actitud es una predisposición aprendida para responder consistentemente de modo favorable o desfavorable hacia el objeto de la actitud" ..

"... la actitud es una disposición fundamental que interviene en la determinación de las creencias, sentimientos y acciones de aproximación-evitación del individuo con respecto a un objeto".

"El concepto de actitud denota la suma total de inclinaciones y sentimientos, prejuicios o distorsiones, nociones preconcebidas, ideas, temores, amenazas y convicciones de un individuo acerca de cualquier asunto específico".

"Las actitudes son las disposiciones según las cuales el hombre queda bien o mal dispuesto hacia sí mismo y hacia otro ser... son las formas que tenemos de reaccionar ante los valores. Predisposiciones estables a valorar de una forma y actuar en consecuencia. En fin, son el resultado de la influencia de los valores en nosotros"

"Las actitudes son como factores que intervienen en una acción, una predisposición comportamental adquirida hacia algún objeto o situación".

Morales (2007) nos indica que las actitudes son evaluaciones globales y relativamente estables que las personas hacen sobre otras personas, ideas o cosas que, técnicamente, reciben la denominación de objetos de actitud. Teniendo en cuenta que las actitudes hacen referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, denominado objeto de actitud (Morales, 2007).

Como síntesis de los aspectos fundamentales de las distintas definiciones y siguiendo a Castro (2002) podemos enumerar los siguientes:

1. Las actitudes son adquiridas. Toda persona llega a determinada situación, con un historial de interacciones aprendidas en situaciones previas. Así, pueden ser consideradas como expresiones comportamentales adquiridas mediante la experiencia de nuestra vida individual o grupal.
2. Implican una alta carga afectiva y emocional que refleja nuestros deseos, voluntad y sentimientos. Hacen referencia a sentimientos que se reflejan en nuestra manera de actuar, destacando las experiencias subjetivas que los determinan; constituyen

mediadores entre los estados internos de las personas y los aspectos externos del ambiente.

3. La mayoría de las definiciones se centran en la naturaleza evaluativa de las actitudes, considerándolas juicios o valoraciones (connotativos) que traspasan la mera descripción del objeto y que implican respuestas de aceptación o rechazo hacia el mismo.
4. Representan respuestas de carácter electivo ante determinados valores que se reconocen, juzgan y aceptan o rechazan. Las actitudes apuntan hacia algo o alguien, es decir, representan entidades en términos evaluativos de ese algo o alguien.
5. Las actitudes son valoradas como estructuras de dimensión múltiple, pues incluyen un amplio espectro de respuestas de índole afectivo, cognitivo y conductual.
6. Siendo las actitudes experiencias subjetivas (internas), no pueden ser analizadas directamente, sino a través de sus respuestas observables.
7. La significación social de las actitudes puede ser determinada en los planos individual, interpersonal y social. Las actitudes se expresan por medio de lenguajes cargados de elementos evaluativos, como un acto social que tiene significado en un momento y contexto determinado.
8. Constituyen aprendizajes estables y, dado que son aprendidas, son susceptibles de ser fomentadas, reorientadas e incluso cambiadas.
9. Están íntimamente ligadas con la conducta, pero no son la conducta misma; evidencian una tendencia a la acción, es decir, poseen un carácter preconductual.

Siguiendo a Eagly y Chaiken (1993), la actitud es algo interno de la persona, no del entorno. Las actitudes median e intervienen entre los estímulos del ambiente externo y las reacciones de la persona. La actitud es una tendencia evaluativa que confiere aspectos positivos o negativos a un objeto y generará respuestas de aprobación o desaprobación, atracción o rechazo, etc.

Por tanto podemos decir que la actitud siempre tiene un objeto que por extensión tiene que tener atribuida la cualidad de ser objeto de pensamiento y que a su vez puede convertirse en objeto de actitud. Así, se entiende que las reacciones observables en una persona se basan en la actitud, ya que media entre las respuestas de la persona y su exposición a los estímulos externos.

Tras esta somera revisión de la conceptualización del concepto actitud y sus principales características, hemos de señalar que para la fundamentación de este estudio nos basaremos en el concepto de actitud de Rosenberg y Hovland (1960) y en su modelo tridimensional.

Concretamente entenderemos las actitudes como una predisposición a responder a alguna clase de estímulo con una respuesta cognitiva (creencias, opiniones o ideas), afectiva (evaluación en términos de agrado-desagrado) o conductual (intenciones a comportarse de una determinada manera).

En el apartado siguiente describimos con más detalle cada una de estas dimensiones, dado que son el marco conceptual sobre el que basaremos el estudio de la actitud en los profesionales de la salud.

### 2.4.3 Componentes de las actitudes

Según el modelo tridimensional de Rosenberg y Hovland (1960) entendemos las actitudes como una predisposición a responder a alguna clase de estímulo con una respuesta observable a nivel cognitivo, afectivo y conductual (Fig 2.11).

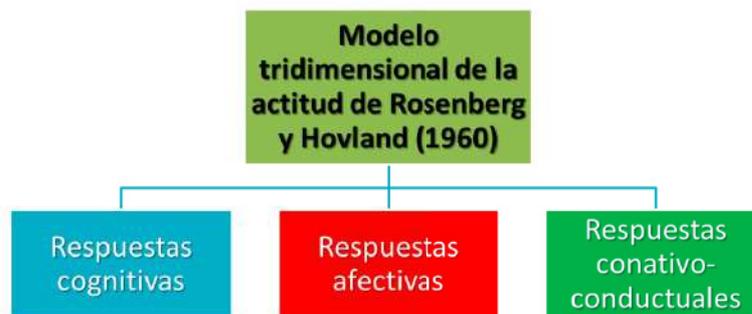


Figura 2.11 Estructura del modelo tridimensional de la actitud (Rosenberg y Hovland, 1960)

Podemos encontrar actitudes con una mayor carga de respuestas observables de cualquiera de estos componentes.

**Respuestas cognitivas.** Incluyen el dominio de hechos, opiniones, creencias, pensamientos, valores, conocimientos y expectativas acerca del objeto de la actitud. Se produciría una asociación entre el objeto y alguno de sus atributos y posteriormente de la persona, que evalúa y da una connotación positiva o negativa al atributo.

**Respuestas afectivas.** Incluyen los sentimientos, estados de ánimo y emociones con respecto al objeto de la actitud. Avalan o contradicen las bases de nuestras creencias. Normalmente se acompañan de sentimientos agradables o desagradables que se activan ante la presencia del objeto.

**Respuestas conativo-conductuales.** Nos enseñan las intenciones o disposiciones a la acción así como las evidencias de actuación a favor o en contra del objeto de la actitud. Aunque debemos recordar que la relación entre actitud y conducta no es directa y que está influenciada notablemente por otra serie de variables, Morales (1999), Castro (2002), Prat (2003) y Palacios (2005).

Se puede decir por tanto que una actitud determinada predispone a una respuesta en particular, Bolívar (1995) nos indica que la interrelación entre estas dimensiones, es decir entre los componentes cognitivos, afectivos y conductuales pueden ser antecedentes de las actitudes; pero recíprocamente, estos mismos componentes pueden tomarse como consecuencias. Las actitudes preceden a la acción, pero la acción genera/refuerza la actitud correspondiente. No obstante, debemos entender que las actitudes son una condición interna única de carácter evaluativo aunque su expresión externa tenga respuestas cognitivas, afectivas y conativas.

Breckler (1984), citado en Morales (1999), expresa que las manifestaciones de las actitudes, aunque posean tres vías fundamentales diferenciadas entre sí, comparten una base común porque representan a la misma actitud y también afirma que cada tipo de respuesta, se puede medir con el uso de índices diferentes. La relación entre estos índices será positiva y además intensa.

Siguiendo a Morales (1999), las actitudes son una adaptación activa de la persona a su medio ambiente, por tanto en su formación existen experiencias con el objeto actitudinal, dicho de otra manera, han existido procesos cognitivos, afectivos y conductuales previos. En la parte cognitiva es fácil pensar que hay relación entre las creencias de la persona acerca de un objeto con lo que piensa de él. Nos es atractivo lo que consideramos con cualidades positivas y al contrario. La información de los objetos actitudinales se consigue con la experiencia directa. Con relación a los antecedentes afectivos, señalar que evidentemente las personas no tienen un control racional de todos sus sentimientos y emociones. De manera clásica se ha considerado la mera exposición como un antecedente afectivo de las actitudes. Por último, los antecedentes conductuales se ven claramente influenciados por las conductas que un individuo realiza.

Veamos a continuación cómo se modulan las actitudes y de qué aspectos dependen su estabilidad y resistencia. Según estas características podremos saber si hay posibilidades de cambio en las actitudes y por tanto, se podrían plantear intervenciones para su modificación hacia el tipo de actitud que más interese.

#### 2.4.4 Fuerza y estructura de las actitudes

Cuando hablamos de la capacidad de una actitud en relación con su estabilidad y resistencia en el tiempo y con su posibilidad de predecir la conducta de las personas, estamos hablando del concepto de fuerza. Así pues podemos clasificar las actitudes como fuertes o débiles dependiendo de la probabilidad de predecir la conducta, así como de ser estables y resistentes en el tiempo.

Las actitudes tienen indicadores de su fuerza, los cuales se dividen en objetivos y subjetivos (Briñol et al., 2007). Dentro de los objetivos encontramos: dirección e intensidad, accesibilidad, ambivalencia actitudinal, estabilidad y resistencia; y dentro de los subjetivos están la confianza, la importancia y el conocimiento sobre las actitudes, aunque igual que ocurre con los objetivos, no son los únicos indicadores existentes, aunque sí los más estudiados.

Uno de estos indicadores es la dirección y la intensidad. Dirección porque da carácter positivo o negativo al objeto e intensidad porque se distribuye dentro de esa escala de positividad o negatividad, pudiendo encontrarnos una actitud neutra (indiferencia), ambivalente (evalúa de forma simultánea aspectos positivos y negativos hacia el objeto actitudinal) y una ausencia de actitud. La ambivalencia actitudinal ocurre cuando la persona realiza a la vez dos evaluaciones de signo opuesto para el mismo objeto actitudinal. Esto puede debilitar la actitud ya que no nos adapta a nuestro entorno y limita una coherencia de pensamiento, tanto es así que, en general, la persona busca una estrategia para disolver la ambivalencia. Esta situación puede ocurrir en el componente cognitivo, conductual y afectivo. En el caso cognitivo lo vemos con el sedentarismo, se puede dar el caso de ser consciente de los perjuicios de no realizar ejercicio físico, pero puede ser más agradable no realizarlo. Una ambivalencia afectiva la encontramos cuando se dan sentimientos mixtos o encontrados en relación al objeto de la actitud, por ejemplo, líderes políticos que son respetados y admirados, pero también temidos. Esta ambivalencia permite que las actitudes tengan tendencia a ser inestables y afecten a la relación que tienen con la conducta, pudiendo ser el contexto determinante al poner de manifiesto las características positivas o negativas. Con una actitud ambivalente ante el sedentarismo, la persona puede sentirse animada a realizar ejercicio físico si, entre quienes le rodean, abundan personas que lo realizan y al contrario. El contexto pone de manifiesto las características positivas o negativas.

Con relación a la intensidad de las actitudes, Kraus (1995), citado por Barón et al. (1998), nos indica que las actitudes intensas tienen mayor impacto en el comportamiento y son más

resistentes al cambio a la vez que más estables en el tiempo. La accesibilidad hace referencia al grado de activación espontánea de la actitud cuando la persona es expuesta al objeto actitudinal (Briñol et al., 2007), (Barón et al., 1998) es decir a la intensidad del vínculo objeto-evaluación de la actitud en la memoria. A un vínculo más fuerte de manera más rápida aparece la actitud en la mente. Otros indicadores objetivos son la estabilidad y la resistencia. El primero hace alusión al tiempo que la actitud se mantiene intacta y el segundo a la capacidad de la actitud para no influenciarse por información del signo contrario.

Veamos algunos de los indicadores subjetivos indicados por Briñol et al. (2007), para medir la fuerza de las actitudes. La confianza según Gross, Holtz y Miller (1995), citados por Briñol et al. (2007), hace alusión a la sensación de validez subjetiva que la persona tiene con respecto a sus propias actitudes. Las personas están más seguras de sus actitudes cuando son producto de su propia experiencia, cuando es coincidente con lo que se piensa socialmente sobre esa actitud, cuando viene a la mente fácilmente y cuando se ha pensado mucho sobre el tema y los pensamientos son en la misma línea. Vemos cómo se puede “entrevener” la norma subjetiva propuesta por Ajzen y Fishbein (1980), la accesibilidad, la ambivalencia, etc. Parece importante señalar que las actitudes que se mantienen con mayor confianza son más resistentes al cambio, duraderas en el tiempo y más predictoras de la conducta.

La importancia según Krosnick (1988), citado por Briñol et al. (2007), se refiere a la notabilidad que la propia persona confiere a su propia actitud. Pero es una notabilidad hacia la actitud, no hacia un objeto actitudinal; por ejemplo, en relación a que una persona fume en un lugar público, consistiría en la importancia de la actitud a que una persona fume en un lugar público y no debe confundirse con el objeto actitudinal: fumar en un lugar público. A su vez, es la medida en la que un individuo se preocupa por la actitud. Ésta importancia depende del interés propio que uno tiene, de la identificación social (cuanto mayor es la medida en que una actitud se mantiene por un grupo en el que se identifica la persona, mayor es su importancia), y de la relevancia de valores, es decir que cuanto más cercana esté la actitud a los valores de la persona mayor es su importancia (Barón, 1998). El conocimiento alude a cuanto entendimiento cree la persona que tiene con respecto a su propia actitud. La relevancia de este indicador viene dado por las consecuencias para el procesamiento de la información y la conducta. A quien cree tener mucho conocimiento sobre una actitud, se le predice mejor la conducta, que a quien cree que tiene poco conocimiento sobre una actitud.

Morales (1999) nos habla también de la consistencia. La actitud puede ser reflejada de formas distintas y lo lógico es que éstas sean congruentes coincidiendo tanto la dirección como el sentido. A esto se le llama consistencia actitudinal. Pero no siempre ocurre así. Los tipos de

consistencia pueden ser variados según qué componente/s existan. Sería congruente encontrar personas que son conscientes del perjuicio que causa el sedentarismo y realizan ejercicio físico. Pero desafortunadamente esto no es así. La dimensión evaluato-cognitiva posiblemente sea la más importante ya que proporciona estabilidad a la actitud, además se debe tener en cuenta que la función fundamental de toda actitud es la orientación de la persona en su mundo social. Chayken y Yates (1985), citado en Morales (1999), afirman que personas que poseen actitudes consistentes manejan mejor la información contradictoria con su actitud ya que exploran las características de esa información y la intentan refutar activamente.

#### 2.4.5 Funciones de las actitudes

Tras conocer la definición del concepto “actitud”, sus dimensiones y características objetivas y subjetivas, nos hemos acercado al modo en que se estructura este concepto. A continuación, conoceremos de manera somera las funciones de las actitudes (Figura 2.12), con la finalidad de entender de forma global qué finalidad tienen y de qué modo su conocimiento y estudio puede servir para los objetivos de este estudio.



Figura 2.12. Funciones de las actitudes

- **Función evaluativa.** Según Fazio (1989, citado en Morales 1999) poseer una actitud hacia un objeto, es más funcional que no poseer ninguna. Conociendo la actitud se cuenta con una pista clara para orientar la acción, saber que se ha

de hacer de antemano y da capacidad de actuar rápidamente. Esta función se aprecia en todas las actitudes (Palacios, 2005; Morales, 1999).

- **Función de organización del conocimiento.** Por la cantidad de estímulos e información a los que diariamente estamos expuestos. las actitudes nos adaptan estructurando y organizando esta información (Frey y Rosca, 1984, citados por Morales, 2007 y Lupiani, 2006). Para Palacios (2005) esta función estaría incluida en la evaluativa y sugiere que una vez formada una actitud, se busca selectivamente o se ignora la información congruente con la actitud.
- **Función instrumental.** Es una función dependiente según el tipo de actitudes, la situación y las personas. Páez et al. (1991), citados en Morales (1999) y Palacios (2005), nos indican que la función instrumental (también llamada adaptativa o utilitaria) tiene lugar cuando la actitud sirve a la persona para alcanzar objetivos que le reportan beneficios tangibles o un ajuste a la situación, además de la evitación de objetos no deseados. Se puede observar, por ejemplo, cuando una persona espera un aumento de sueldo y tiene una actitud favorable hacia la empresa.
- **Función de identidad y expresión de valores.** Es una función dependiente según el tipo de actitudes, la situación y las personas. Páez et al. (1991), citados en Morales (1999) y Palacios (2005), nos indican que esta función permite manifestar a la persona lo que realmente piensa y siente o quiere que los demás sepan acerca de ella, a la vez que ayuda a conocerse a uno mismo. Con respecto a la anterior función, en lugar de alcanzar objetivos individuales, se proyecta una imagen social, se vincula la racionalidad a lo cultural.
- **Función ideológica.** Se vincula a actitudes prejuiciosas y etnocéntricas. Estas actitudes dan una explicación de las desigualdades existentes en la sociedad; si se acepta la explicación, quedan legitimadas y justificadas para quienes tienen esa actitud (Echebarría et al., 1995, citados en Morales, 1999 y Palacios, 2005).
- **Función de separación.** Son actitudes que atribuyen a un grupo dominado, sin poder, o con status inferior, características plenamente negativas en virtud de las cuales se puede despreciar y negar el reconocimiento social de los integrantes del grupo e incluso justificar tratamientos injustos. Intenta ejercer un poder sobre ese grupo e intentar perpetuar esa situación. Se diferencia de la anterior función, en que aquí no se exige un respaldo institucional, es dependiente de las interacciones entre grupos. (Snyder et al., 1994, citado en Morales, 1999 y Palacios, 2005).

#### **2.4.6 Relación entre actitud y conducta**

Como hemos mostrado, la actitud tiene numerosas funciones que tienen un carácter práctico y adaptativo, de organización del conocimiento, y además tiene un componente introspectivo que permite al individuo delimitar su identidad, ideología y lo hace consciente de las diferencias entre individuos. Todo ello ha determinado desde los años 20 un debate acerca de la relación entre actitud y conducta, que aún no ha sido zanjado. Se puede decir que existe una relación, pero para que la actitud sea predictora de la conducta ésta se ha de ver influenciada por ciertas variables. Ajzen y Fishbein (1980) expresan que “existe cierto acuerdo en considerar las actitudes como un factor importante, pero no es el único en la determinación de las conductas externas”.

Es interesante resaltar que estos autores hablan de intención conductual para enfatizar que pueden existir factores externos que influyan en la conducta final de la persona, sea cual sea su intención (Palacios, 2005; Morales, 1999).

Ajzen y Fishbein formularon el principio de compatibilidad, indicando que hay cuatro elementos que nos interesan para el pronóstico de una conducta a partir de una actitud. Dichos elementos son: la conducta, el objeto blanco hacia el que se dirige la conducta, la situación en la que se va a realizar la conducta y el momento temporal de realización de la conducta.

Hoy día el modelo MODE y la teoría de la acción razonada nos ofrecen algo más de luz sobre esta relación entre actitudes y conducta. Así como el estudio de algunos de los indicadores de la fuerza de las actitudes, como por ejemplo el de accesibilidad, que nos indican que la relación entre actitud y conducta aumenta cuando aumenta, la accesibilidad de la actitud. A continuación describimos brevemente estos aspectos.

##### **2.4.6.1 Modelo MODE (Motivación y Oportunidad factores Determinantes)**

Este modelo afirma que la influencia de las actitudes sobre la conducta se realiza de dos formas:

- a) una basada en un procesamiento espontáneo en la que la actitud se activa automáticamente y que necesita que la actitud tenga una elevada accesibilidad (solidez con la que está establecida en la persona el estado interno evaluativo). De forma secuencial una vez que se activa en presencia del objeto la actitud actúa como

filtro y guía el procesamiento de la información relevante para el objeto, por tanto la actitud dirige la interpretación que se hace de ese objeto.

- b) llevando a cabo un proceso deliberativo duradero en el tiempo y que se basa en un análisis cuidadoso de la información de la que se dispone.

El modelo MODE nos indica que primará el modo espontáneo sobre el deliberativo o al revés dependiendo de dos factores: la Motivación y la Oportunidad. Por tanto con una actitud accesible, capaz de activación automática, el procesamiento espontáneo prevalecerá si las personas carecen de motivación y de oportunidad para poner en marcha un proceso deliberativo. En otras palabras, en la medida en que una actitud relevante venga a la mente, es probable que aparezca de forma automática la correspondiente conducta asociada con dicha actitud, con escasa o ausencia de deliberación previa por parte de la persona. Según esta perspectiva, una actitud puede guiar la conducta sin que exista ningún pensamiento previo (Briñol et al., 2007). Debe matizarse que las creencias que posee una persona hacia un objeto actitudinal, no garantizan que sean utilizadas en la conformación de una actitud.

#### **2.4.6.2 Teoría de la acción razonada**

Fue desarrollada por Ajzen y Fishbein (1975, 1980), citados en Jiménez (2003), y Ajzen (1991), quienes pretendían conseguir un modelo que tuviera mejor poder predictivo de la conducta, en función del estudio de las actitudes, que los modelos previos. Pensaban que nuestras creencias determinan nuestras actitudes y nuestras normas subjetivas y de forma indirecta determinan nuestras intenciones y conductas.

Los autores creen que las personas tienen creencias conductuales que incluyen dos tipos de información, la probabilidad subjetiva de que realizar una conducta tendrá una determinada consecuencia y por otro lado la deseabilidad subjetiva de esa consecuencia prevista.

La intención está determinada también por una presión social que induce a realizar o no una conducta. Dicha influencia social se denomina influencia social normativa o norma subjetiva. Esta norma subjetiva se ve influenciada por las creencias normativas de la persona, es decir, cuanto cree la persona que esta conducta resultará de aceptable o no para personas significativas y también está influenciada por la motivación para acomodarse, es decir, si esa persona se conformará con las opiniones de estas personas. La intención de una persona para realizar una conducta, es la suma de la actitud y la norma social subjetiva y es un predictor más exacto de la conducta que la actitud o la norma social subjetiva por separado.

Posteriormente, Ajzen (1991) incluye una nueva variable denominada grado de control percibido sobre la conducta. Perseguía dar entrada en el modelo a factores no motivacionales que determinan el grado de control que el individuo tiene sobre la conducta. El control percibido hace alusión a la percepción de dos tipos de obstáculos: la falta de habilidades o competencias y en segundo lugar a los obstáculos situacionales tales como oportunidades y recursos para realizar esa conducta. Ya no hablamos de la Teoría de la Acción Razonada, sino de la **Teoría de la Conducta Planeada**.

Posteriormente Gollwitzer (1993, 1999), nos habla de las intenciones de implementación. Este autor distingue entre intención hacia un objetivo conductual e intención de implementación. Aquí lo vital es la formación de planes respecto al cuándo se va a iniciar la acción deseada.

Kraus (citado en Morales, 1999), nos indica tres condiciones de los estudios sobre actitudes para poder correlacionar la medición de la actitud y la conducta: la correlación debe establecerse entre una actitud que se mide y una conducta futura, la medición de la actitud debe ser previa que la de la conducta y por último, la actitud y conducta puestas en relación deben corresponder a los mismos sujetos en los dos momentos temporales distintos.

Se puede decir, basándose en este modelo, que la actitud va asociada una variedad de creencias que se mueven desde una estimación de probabilidad y deseabilidad de las conductas asociadas al objeto actitudinal, hasta las expectativas de lo que creemos que sería deseable para personas relevantes para nosotros.

En esta línea, Festinger (citado en Barón et al., 1998), nos indica que en la formación de las actitudes existe un mecanismo que es la comparación social, es decir, el proceso por el cual nos comparamos con los demás para determinar si nuestra perspectiva de la realidad social es o no la correcta. Cuando existe coincidencia de nuestra opinión con la de los demás, tenemos sensación de que nuestras actitudes son exactas y por tanto correctas.

Por tanto, para responder a la pregunta de si se puede predecir la conducta, debemos tener en cuenta varios aspectos. La relación entre actitudes y conducta no es lineal y podemos considerar que una actitud es fuerte, en la medida en que es capaz de influir en la conducta de una persona. Cuanto más se ha elaborado y pensado en el objeto actitudinal, más fuerte es la actitud, es decir, a más fuerza de la actitud mejor predecirá la ejecución de una conducta (Briñol et al., 2007). En cualquier caso, las actitudes predicen la conducta según sus características y son dependientes de la persona y de la situación (Briñol et al., 2007). Como nos señala Barón et al. (1998), quizá la cuestión clave no sea si las actitudes influyen en el comportamiento, sino cuándo y cómo ejercen estos efectos.

#### 2.4.7 Relación entre actitud y clima organizacional

Para finalizar el marco conceptual de nuestro estudio, y como ya señalamos en la introducción de este bloque al referirnos al interés del estudio de las actitudes, las características del trabajo tienen relación con las actitudes hacia el trabajo y la tensión psicológica (Payne et al., 1999). Se ha demostrado que cuando la tensión aumenta o el clima organizacional de una empresa o institución no es adecuado, la relación entre las opiniones de las características del trabajo, la satisfacción de los profesionales y las actitudes positivas hacia el trabajo disminuyen.

El clima organizacional, por tanto, puede servirnos para el estudio de la actitud como un factor externo, que viene determinado por el ambiente donde trabajan las personas, las relaciones laborales que tienen entre ellos, la relación entre la empresa y el personal, etc. Esto se puede entender desde una doble vertiente, o bien puede ser un nexo de unión o convertirse en un obstáculo para el buen desempeño de la organización en su conjunto. Puede decirse que es la expresión personal de la "percepción" que los trabajadores y directivos se forman de la empresa a la que pertenecen y que incide directamente en el desempeño de las funciones de esa empresa. Se puede decir que el clima organizacional se refiere a las percepciones compartidas por los miembros de una organización respecto al trabajo, el ambiente físico en que éste se da, las relaciones interpersonales que tienen lugar en torno a él, y las diversas regulaciones formales que afectan dicho trabajo (Cabrera, 1996).

De manera general, el clima refleja los valores, las actitudes y las creencias de los miembros, que debido a su naturaleza, se transforman a su vez, en elementos del clima (Páramo, 2004). Las percepciones y respuestas que abarcan el clima organizacional se originan en una gran variedad de factores. Unos comprenden los factores de liderazgo y prácticas de dirección (tipos de supervisión: autoritaria, participativa). Otros factores están relacionados con el sistema formal y la estructura de la organización (sistema de comunicaciones, relaciones de dependencia, promociones, remuneraciones). Otros son las consecuencias del comportamiento en el trabajo (sistemas de incentivo, apoyo social, interacción con los demás miembros).

El conocimiento del clima organizacional proporciona retroinformación acerca de los procesos que determinan los comportamientos organizacionales, permitiendo además, introducir cambios planificados tanto en las actitudes y conductas de los miembros, como en la estructura organizacional o en uno o más de los subsistemas que la componen. La importancia de esta información se basa en la comprobación de que el clima organizacional influye en el

comportamiento manifiesto de los miembros, a través de percepciones estabilizadas que filtran la realidad y condicionan los niveles de motivación laboral y rendimiento profesional entre otros (Goncalves A).

Incluso hay autores que sugieren medir el clima organizacional por medio de las siguientes dimensiones (Tubán Félix):

1. Actitudes hacia los compañeros de trabajo
2. Actitudes hacia el contenido del puesto
3. Actitudes hacia la supervisión
4. Actitudes hacia la compañía y la gerencia de la empresa
5. Actitudes hacia las condiciones de trabajo
6. Actitudes hacia las recompensas financieras
7. Actitudes hacia las oportunidades de ascenso

Entre los beneficios positivos que posee un clima organizacional satisfactorio se encuentran la positividad de las actitudes, mejor comunicación, satisfacción general de los trabajadores, detección de necesidades de capacitación y facilitación del diseño y seguimiento de los cambios. En contra un clima organizacional negativo conlleva unos resultados negativos como la calidad deficiente del proceso de producción, incremento de gastos, interrupciones constantes en el proceso de trabajo, demoras, ausentismos, accidentes de trabajo, pérdidas de tiempo.

Por tanto podemos ver como existe una relación positiva entre un buen clima organizacional y la realización de intervenciones de calidad, en este caso, de intervenciones de prevención y promoción. De hecho se estima que las variaciones en la productividad se explican por el clima organizacional en un 34.6% (Domínguez Aguirre LR., Sánchez Garza JA., & Torres Hernández, Z., 2010). A mayor calificación en las medidas de actitud ante el clima organizacional mayor el nivel productivo. A su vez la actitud puede constituir un indicador válido que nos permita prever la intención de conducta para realizar las intervenciones preventivas y de promoción.

### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**





### **3. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

#### **3.1 Hipótesis**

La actitud de los profesionales de atención primaria ante las actividades de prevención y promoción de la salud serán distintas según la presencia de las siguientes variables: edad, sexo, categoría profesional, ubicación del centro de salud, experiencia profesional, tipo de contrato, formación previa, nivel de conocimientos y realización de actividades preventivas y de promoción.

#### **3.2 Objetivos:**

##### **3.2.1 Primario:**

Diseñar y validar un instrumento que sea capaz de medir las actitudes ante la prevención y la promoción de la salud en profesionales sanitarios en atención primaria.

##### **3.2.2 Secundarios:**

1. Conocer y comparar la actitud de los profesionales de enfermería y medicina de atención primaria ante actividades preventivas y de promoción.
2. Analizar si existen diferencias en las actitudes según la localización rural o urbana del centro de trabajo.
3. Analizar si existen diferencias en las actitudes según variables ocupacionales: experiencia profesional, situación laboral.
4. Analizar si existen diferencias en las actitudes según variables en la formación: formación previa, formación específica ante prevención y promoción.
5. Analizar si existen diferencias en las actitudes según su nivel de conocimientos y habilidades y realización de actividades preventivas y de promoción.



## 4. MATERIAL Y MÉTODO





#### **4. MATERIAL Y MÉTODO**

Esta investigación consta de 2 partes:

Primera parte: creación de un instrumento de medida mediante el diseño y validación de un “Cuestionario sobre las actitudes de enfermeras y médicos ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria”.

Segunda parte: análisis de las actitudes de los profesionales según su categoría profesional, las distintas actividades preventivas y de promoción, la localización del centro de trabajo (rural vs urbano), variables ocupacionales, variables relacionadas con la formación y variables relacionadas con los conocimientos, habilidades y realización previa de actividades preventivas y de promoción.

##### **4.1 Primera parte: Diseño y validación del cuestionario sobre las actitudes de enfermeras y médicos ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP)**

###### **4.1.1 Diseño de la construcción y validación del cuestionario**

Los criterios para la construcción de las escalas del cuestionario se desarrollarán siguiendo las recomendaciones dadas por Carretero-Dios y Pérez (2005):

1. Justificación del estudio.
2. Delimitación conceptual del constructo a evaluar.
3. Construcción y evaluación cualitativa de ítems.
4. Análisis estadístico de los ítems.
5. Estudio de la dimensionalidad del instrumento (estructura interna).
6. Estimación de la fiabilidad.
7. Obtención de evidencias externas de validez.

###### **4.1.2 Sujetos de estudio**

Profesionales de atención primaria del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA), tanto enfermeras como médicos.

Se tendrán en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Estar desarrollando labor asistencial en Atención Primaria en el momento de la recogida de datos.
2. Pertenecer a la categoría profesional de enfermería o medicina.

3. Aceptar la participación en la investigación.

*Tipo de muestreo:*

Se propone un muestreo por conveniencia en el que se incluyan todas las provincias de la comunidad autónoma andaluza.

*Tamaño de la muestra:*

Para la validación de un cuestionario es necesario un número de sujetos que nunca sea inferior a 150-200 (Morales Vallejo P, Urosa Sanz B & Blanco Blanco A, 2003). No obstante, Nunally (1978) nos indica que debe haber cinco sujetos por ítem en la versión inicial.

#### **4.1.3 Variables del estudio**

*1.- Actitudes hacia las actividades preventivas y de promoción:* se diseñó y validó una escala sumativa tipo Likert compuesta por ítems agrupados en las 3 dimensiones del modelo tridimensional de Rosenberg y Hovland (1960): dimensión cognitiva o de conocimiento, dimensión afectiva y la dimensión conductual o de intención de conducta. Dentro de la dimensión cognitiva se valorará la autopercepción de los profesionales en la realización de las actividades, la importancia concedida a dichas actividades y la creencia de la necesidad de mejora de las mismas. Dentro de la dimensión afectiva se valorará la percepción de los profesionales respecto a la implicación del resto del equipo en la aplicación de intervenciones preventivas y de promoción. Dentro de la dimensión conductual se valorarán las oportunidades de mejora.

#### **4.1.4 Etapas del diseño y validación del Cuestionario sobre las actitudes de enfermeras y médicos ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria**

##### *4.1.4.1 Revisión de la literatura:*

La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos de la National Library of Medicine (NLM) a través de su buscador Pubmed, en CINAHL y en Cuiden Plus. Para realizar las diferentes búsquedas se utilizaron los descriptores "survey", "attitude", "prevention", "preventive services" y "health promotion" y su equivalente en español para la base de datos Cuiden Plus.

Se realizó una lectura de título y resumen de los artículos encontrados para valorar la idoneidad de los resultados arrojados por la búsqueda. Todos los artículos que guardaban relación con el objetivo de la búsqueda fueron rescatados a texto completo.

Tras esta lectura, se procedió a extraer todos los ítems que pudieran ser útiles para el desarrollo posterior del cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria.

#### *4.1.4.2 Definición de las distintas dimensiones que compusieron el cuestionario sobre las actitudes de enfermeras y médicos ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria*

Para ello se han tenido en cuenta tres criterios, por un lado la conceptualización tridimensional del modelo de actitudes de Rosenberg y Hovland (1960), las dimensiones que nos ofrecían los cuestionarios hallados en la revisión de la literatura y por último las indicadas por un panel de expertos.

#### *4.1.4.3 Redacción de los ítems. Características y adecuación de los mismos*

Para valorar la idoneidad de los ítems, estos se revisaron atendiendo principalmente a las recomendaciones ofrecidas por Morales et al., (2003):

- Ser relevante. El ítem debe estar claramente relacionado con la actitud que se desea medir.
- Estar redactado en forma de opinión, ya que una opinión es una actitud verbalizada.
- No incluir hechos o datos objetivos.
- Estar redactado con claridad. Para conseguir esto por un lado se deben evitar expresiones negativas y por otro lado incluir una única idea en cada ítem.
- Tener enunciados cortos (no exceder 20 palabras).
- Estar formulados a partir de frases sencillas.
- No expresar ideas que resulten difíciles o imposibles de responder.
- Evitar contenido ambiguo.
- Evitar enunciados que estuviesen redactados de manera que la gran mayoría de las personas que los contesten coincidan en dar la misma respuesta.
- Evitar adverbios genéricos como “siempre”, “todos”, o “nadie”; o de significado indefinido como “a veces”, “apenas”, etc.

#### *4.1.4.4 Selección de los ítems*

Para la selección de los ítems y la **evaluación de la validez de contenido** de los mismos se procedió en dos etapas:

**Primera etapa:** *adecuación al constructo actitud*. En esta etapa se solicitó la colaboración de seis personas expertas en prevención y promoción de salud.

Los criterios propuestos para la selección de expertos para esta fase fueron: experiencia clínica, conocimientos en prevención y promoción de la salud, conocimientos avanzados en metodología de investigación y experiencia en gestión sanitaria.

Dicho panel finalmente quedó configurado por 2 profesores de la Escuela Andaluza de Salud Pública y 4 profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Jaén.

La obtención de información fue mediante una entrevista personal a los expertos, previa cita. Se les solicitó que valorarán si los ítems que se habían recogido de otros cuestionarios, tras la revisión bibliográfica, recogían las dimensiones más importantes relacionadas con las actitudes ante la prevención y promoción y si existía alguna que no estuviera contemplada y fuese necesario incluir. Se les indicó también la necesidad de plantear algún ítem de manera alternativa si no se comprendía suficientemente bien. Así mismo, se les pidió que valorasen la adecuación a nuestro contexto cultural y organizativo de los recursos sanitarios. Por último, se les pidió si era adecuado añadir el aspecto de promoción. Este último aspecto viene justificado ya que los cuestionarios hallados solo valoran aspectos preventivos.

Una última cuestión planteada a los expertos fue acerca de qué constructo era cercano a las actitudes para diseñar ítems capaces de generar pruebas de validez convergente. También se les pidió que diseñaran ítems relacionados con el mismo.

**Segunda etapa:** *evaluación de la validez de contenido*. Los ítems que superaron la evaluación anterior fueron valorados nuevamente por 7 expertos distintos a los anteriores. Para la selección de estos expertos se tuvo en cuenta que la experiencia clínica estuviera presente con más fuerza que el resto de criterios.

Se les remitió por correo electrónico el Anexo 1 y se valoró para cada ítem el porcentaje de acuerdo entre los expertos.

Todos los ítems se valoraron en una escala Likert que va de nada adecuado (1), poco adecuado (2), bastante adecuado (3) y totalmente adecuado (4).

Se mantuvieron en la escala aquellos ítems que presentaban un porcentaje de acuerdo igual o mayor al 70% a la hora de valorar cada ítem como “bastante adecuado” o “totalmente adecuado” con lo cual se garantizó un nivel adecuado de consenso entre expertos.

#### 4.1.4.5 Preparar preguntas o instrumentos adicionales:

Además de las preguntas seleccionadas de los cuestionarios recogidos se diseñaron otras preguntas.

Así mismo se identifica la necesidad de generar evidencias relacionadas con la validez convergente (cuestionarios que miden lo mismo o constructos con los que tendría que mostrar relación, Carretero-Dios et al., 2005), por lo que se pide también a los expertos que valoren igualmente los ítems diseñados para tal fin y que en la recogida de datos se ofrecerán de manera simultánea con el cuestionario.

Por tanto, además de los ítems sobre actitudes ante las actividades preventivas y de promoción, se recogió información acerca de los siguientes aspectos:

- Datos sociodemográficos edad y sexo. Estos datos sirven para realizar una descripción de la muestra.
- Datos relacionados con la localización del centro: se valora si la ubicación del centro es en poblaciones de más de 10.000 habitantes (urbano) o menos de 10.000 habitantes (rural).
- Datos relacionados con variables ocupacionales: se identificará la profesión, la experiencia laboral (tanto el tiempo como los lugares en los que se ha trabajado), el tipo de contrato que posee el profesional con la administración sanitaria y el tiempo de antigüedad en su centro. Por último, se valora si la experiencia profesional se ha desarrollado en el ámbito de la atención primaria y/o hospitalaria.
- Datos relacionadas con la formación: año de obtención de la titulación, otras titulaciones, realización de doctorado, si se ha realizado algún tipo de formación previa en prevención y promoción de salud, duración de la formación y lugar donde se ha realizado.
- Datos relacionados con el nivel expresado de conocimientos y habilidades y la realización de actividades preventivas y de promoción: se recogen datos sobre el nivel de conocimientos y destrezas en la realización de este tipo de actividades así como, las actividades realizadas, tanto el tipo de actividad, como la población diana a la que iba dirigido. Dentro del tipo de actividad: EpS grupal, EpS individual, intervenciones en prensa, radio o televisión, otras intervenciones comunitarias a especificar y screening. Dentro de las poblaciones diana que se podían señalar encontramos diabéticos, hipertensos, ancianos, jóvenes, personas obesas, población general, niños, embarazadas, personas con ansiedad, colectivos marginales, tabaquismo, cuidadoras informales, otros a indicar.

- Datos relacionados con la oferta formativa en su Área de salud. Se recogen datos en los que la persona expresa qué le parece la oferta formativa de su Área de Salud.
- Datos relacionados con la realización de intervenciones preventivas o de promoción de manera planificada en el último año.
- Otros datos: se utilizan los 8 ítems diseñados para medir la percepción del clima organizacional relacionado con las actividades preventivas y de promoción para la generación de evidencias relacionadas con la validez convergente.

Como se ha visto en el capítulo 2: *Marco conceptual*, en el apartado 2.4.7 *Relación entre actitud y clima organizacional*, las actitudes son parte integrante del clima organizacional y tienen que ver con el rendimiento y la efectividad de las actividades que realiza la empresa, en nuestro caso, de las intervenciones clínicas realizadas por los profesionales relativas a la prevención y promoción de la salud.

La obtención de datos adicionales viene justificada por varias razones:

1º. Cuando es conocido que el constructo que se pretende medir se encuentra dentro de una red de relaciones (o modelo teórico), una manera de obtener evidencias que apoyen la validez (en este caso validez convergente) del cuestionario, es la búsqueda de datos que el modelo plantea hipotéticamente como relacionados con nuestro objeto de medición, por lo que determinar una correlación entre ambos puede afianzar que realmente medimos lo que nos interesa medir.

2º. Una práctica habitual basada en la experiencia es recoger dichos datos adicionales a la vez que se prueba el instrumento ya que, ésto nos ahorra mucho tiempo y esfuerzo al no tener que buscar otros datos con otra medición.

#### *4.1.4.6 Pretest cognitivo*

Posterior a la preparación de las preguntas y de un primer formato provisional del cuestionario se realizó un pretest cognitivo. Éste consistió en la valoración de una serie de aspectos del cuestionario por parte de profesionales que presentaban las mismas características que la población sobre la que finalmente iba a ir dirigido el cuestionario.

Se realizó sobre 12 profesionales de enfermería y medicina del Centro de Salud Virgen de Linarejos en la localidad de Linares y perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Los aspectos que se les indicaba que valoraran mediante entrevista personal fueron: valoración del aspecto formal del cuestionario en su conjunto, comprensión de las instrucciones del cuestionario, si se entendía el significado de las preguntas y las palabras utilizadas en el cuestionario, dificultad

de cada ítem, dificultad en general del cuestionario, observaciones ante alguna cuestión sobre el cuestionario y observaciones sobre el tiempo de cumplimentación.

Dicha valoración incluía también los ítems de la escala generada acerca del clima organizacional para actividades de prevención y promoción.

Una vez evaluadas las distintas aportaciones de los profesionales se introdujeron las modificaciones indicadas tanto en la redacción de los ítems como en el resto de aspectos y se procedió a realizar su pilotaje.

#### *4.1.4.7 Prueba piloto*

Tras la rectificación y modificación de los ítems según sugerencias de los encuestados en el pilotaje cognitivo, se llevó a cabo una prueba piloto, prueba que nos dará de manera exploratoria una valoración de la fiabilidad (tanto del cuestionario de manera global como de los ítems) y la validez, así como del método de administración y la cumplimentación del cuestionario (ítems no contestados, respuestas no válidas, etc.).

Uno de los objetivos que se pretende con la realización de la prueba piloto es valorar el comportamiento tanto del cuestionario, como del proceso de recogida de los datos en un escenario real y similar al que se iba a realizar dicha recogida de datos. Esta es la razón por la que se remite el cuestionario a una muestra con las mismas características que la población diana del estudio (enfermeras y médicos de atención primaria, de ámbito rural y urbano). Con respecto a cómo se organizaba la recogida de datos con el cuestionario, se remiten a las distintas Áreas Sanitarias o Distritos Sanitarios, en concreto a la persona responsable de prevención y promoción de salud. Así se envía o bien al Técnico de Educación para la Salud o al Técnico responsable del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Dicha persona era la encargada de que fueran recogidos los mismos tras su cumplimentación y fueran devueltos al equipo de investigación.

Así, se realiza dicha prueba piloto en 60 profesionales pertenecientes al Distrito Sanitario Jaén Norte. Una vez administrado el cuestionario se realizaron distintos análisis: análisis descriptivo de los ítems, análisis de la fiabilidad de la escala, análisis de la fiabilidad de las dimensiones y reducción de ítems del cuestionario.

#### *4.1.4.8 Encuesta a 282 profesionales*

Una vez valorados los aspectos que debían mejorarse en el cuestionario, este se administró a 282 profesionales de las 8 provincias andaluzas. Con los datos obtenidos se realizaron los análisis definitivos de la fiabilidad y validez del cuestionario definitivo.

*4.1.4.8.1 Tipo de diseño:* en esta fase nos encontramos ante un tipo de diseño descriptivo transversal, observacional para la validación de un cuestionario anónimo y autoadministrado.

*4.1.4.8.2 Tipo de muestreo:* se realizó un muestreo por conveniencia en el que se incluyeron todas las provincias de la comunidad autónoma andaluza.

*4.1.4.8.3 Tamaño de la muestra:* Para la validación de un cuestionario es necesario un número de sujetos que nunca sea inferior a 150-200 (Morales et al., 2003). No obstante Nunally (1978) nos indica que debe haber cinco sujetos por ítem en la versión inicial. En nuestro caso participaron 282 sujetos.

*4.1.4.8.4 Recogida de los datos:* se realizó igual que se ha descrito en la prueba piloto, se remitieron por correo postal los cuestionarios a las distintas Áreas Sanitarias o Distritos Sanitarios, a la persona responsable de prevención y promoción de salud. La persona responsable podía ser, dependiendo del Área o Distrito, el Técnico de Educación para la Salud o el Técnico responsable del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. A dicha persona se le facilitaban una serie de datos relacionados con el objetivo de la investigación, la metodología a seguir para que los participantes cumplimentaran el cuestionario, aspectos éticos de la investigación y el circuito de remisión de los cuestionarios cumplimentados (dirección postal).

#### 4.1.4.9 Análisis para la validación del cuestionario:

Un cuestionario como herramienta de medida debe presentar una serie de características que hagan alusión a dos conceptos principalmente: fiabilidad y validez.

Cuando hablamos de fiabilidad nos estamos refiriendo al error de medida que posee un cuestionario; se considerará fiable por tanto, si las medidas que se hacen con él, son consistentes, carecen de tales errores de medida.

Cuando nos referimos a la validez nos estamos refiriendo a que el cuestionario realmente mide lo que dice medir.

Para valorar tanto la fiabilidad como la validez, se realizan una serie de comprobaciones referida a cada una de ellas:

##### 4.1.4.9.1 Fiabilidad:

Este aspecto se ha tenido en cuenta con el diseño y realización del pretest cognitivo, ya que se pretendía optimizar la comprensión tanto de las instrucciones de cumplimentación del cuestionario como la comprensión de los ítems.

Para la medición de la consistencia interna se ha calculado el alfa de Cronbach, tanto del cuestionario global como de las distintas dimensiones que se obtuvieron.

También se calculó el coeficiente de fiabilidad por el método del test-retest. Este método consiste en aplicar el mismo test en dos ocasiones a los mismos sujetos, siendo el coeficiente de fiabilidad la correlación entre las puntuaciones de las dos aplicaciones. Se denomina a esta estimación “coeficiente de estabilidad”, ya que indica en qué grado son estables las mediciones realizadas en la primera aplicación del test.

#### 4.1.4.9.2 Validez:

Cuando hablamos de estimar la validez debemos tener presente que hablamos más de un proceso que de un cálculo. La validez no se prueba de manera categórica, sino que se van acumulando datos que clarifican y amplían el significado de lo que medimos (Morales Vallejo, 2011). Las pruebas que se aportan acerca de la validez se pueden reunir en cinco grupos: A) pruebas basadas en el contenido, B) pruebas basadas en el proceso de respuesta, C) pruebas basadas en las consecuencias, D) pruebas basadas en la estructura interna y E) pruebas basadas en la relación con otras variables (Viladrich MC & Doval E., 2006).

A continuación se detallan algunas de las pruebas que se pueden incluir dentro de cada uno de los grupos.

#### **A) Pruebas basadas en el contenido:**

##### *A.1 Valoraciones de personas expertas:*

-Participación de personas expertas en la redacción de ítems así como su valoración en referencia a ítems ya construidos. No debemos olvidar que la revisión bibliográfica y la selección de los ítems es un aspecto previo fundamental.

-Valoración de la adecuación de los ítems por parte de personas expertas. Los expertos estiman la adecuación de los distintos ítems para medir los objetivos que se pretende, calculándose posteriormente algún índice de acuerdo, por ejemplo el Índice de Validez de Contenido (IVC).

##### *A.2 Valoración de personas pertenecientes a la población diana:*

Consiste en la valoración por parte de sujetos que poseen los mismos atributos que la población diana a la que se va a dirigir el cuestionario. Se les pide que valoren que el contenido del cuestionario es adecuado. Clásicamente a esto se le ha denominado “validez aparente”. Debemos señalar que con el “pretest cognitivo” conseguiríamos contribuir a la mejora de la validez aparente.

**B) Pruebas basadas en el proceso de respuesta:**

*B.1 Factores que influyen en el proceso de respuesta:*

Hay tres aspectos que deben tenerse en cuenta antes del diseño del cuestionario: el contenido de los ítems, las instrucciones para contestar el cuestionario y la longitud del cuestionario.

*B.2 Obtención de datos sobre el proceso de respuesta:*

Mediante entrevista individual se valora a unas cuantas personas para determinar que piensan cuándo contestan a nuestro cuestionario, cómo deciden cual de las alternativas elegir, si se aburren, si se molestan con las preguntas, o que les sugieren las instrucciones.

*B.3 Falta de respuesta:*

Se debe describir la distribución de las respuestas faltantes dentro de un cuestionario intentando detallar la proporción de respuestas afectadas y el posible mecanismo por el que se produce la falta de respuestas.

Realmente constituye un indicador de la calidad del cuestionario ya que se puede entender que mide su aceptabilidad. Un ítem dejado en blanco por mucha gente en el estudio piloto es un firme candidato a ser replanteado.

*B.4 Efectos techo y suelo:*

Consiste en el análisis de la distribución de respuestas. El efecto techo se produce cuando en un ítem con una escala de varios puntos las respuestas se acumulan en el valor superior. Esta situación nos indica que el rango de respuestas posibles del ítem no está bien definido para mostrar todas las opiniones. Por su parte, el efecto suelo, se produce cuando las respuestas se acumulan en el valor inferior y su interpretación es igual, las respuestas posibles no definen bien todas las opiniones.

**C) Pruebas basadas en las consecuencias:**

Intentan evidenciar que el cuestionario consigue los objetivos propuestos.

*C.1 Pruebas de la inocuidad del cuestionario:*

*C.1.1 Viabilidad.* Valora la relación entre los costes y beneficios relacionados con la administración del cuestionario (tiempo, tecnología necesaria, correcta puntuación de la prueba), garantizar los derechos de las personas que participan.

*C.1.2 Participación de los encuestados en los beneficios.* Evalúa las ganancias que pensamos conseguir con el cuestionario. Se deben aportar evidencias sobre como redundarán en

beneficios económicos para los usuarios de la prueba. También se deben aportar evidencias sobre el acceso al conocimiento científico generado por esta prueba y prever cómo se divulgará.

**D) Pruebas basadas en la estructura interna:**

**D.1. Análisis Factorial Exploratorio**

- Rango de valoración de las variables. Las variables deben presentar un rango de variación suficientemente amplio.

- Esfericidad. Se utiliza para descartar la hipótesis de que todas las correlaciones son cero. Se utiliza la prueba de esfericidad de Bartlett.

- Medida de adecuación muestral. Se utiliza la medida de adecuación muestral de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO). Sus valores oscilan entre 0 y 1, siendo mejores cuanto más cercanos a 1. Se consideran excelentes por encima de 0.9, destacables a partir de 0.8, moderados a partir de 0.7, mediocres desde 0.6, insignificantes desde 0.5 e inaceptables por debajo.

- Análisis Factorial Exploratorio. Constituye una prueba importante para verificar la validez del constructo o el significado de la variable medida. Hace referencia a clarificar la estructura del instrumento y del constructo tal y como se ha diseñado y pretendiendo su medición.

**E) Pruebas basadas en la relación con otras variables:**

*E.1 Validez convergente*

Relación con otros constructos. Otra evidencia de la validez, es mostrando que se relaciona con otros constructos de la forma prevista por la teoría en la que se integra. En nuestro caso se opta por relacionar las actitudes con el constructo “percepción del clima organizacional”, fenómenos entre los que se predice cierta relación según los antecedentes descritos en el Marco Conceptual.

*- E.2 Validez discriminante*

Demostrar que una prueba no tiene una correlación significativa con variables de las que supone debe diferir, es lo que se ha denominado validez discriminante (Anastasi & Urbina, 1998). Teniendo en cuenta que las dimensiones del cuestionario diseñado deben medir constructos independientes, se calculará la validez discriminante entre las dimensiones del cuestionario, analizando la correlación entre las dimensiones mediante el coeficiente de correlación de Pearson.

#### 4.2 Segunda parte: Actitud de las enfermeras y médicos de atención primaria ante actividades preventivas y de promoción

Una vez demostrada la fiabilidad y validez del cuestionario diseñado, se procede a la evaluación de la actitud de las enfermeras y médicos que respondieron al mismo.

Para un estudio transversal como el propuesto, en el que se pretende estimar una media (en nuestro caso, la media de las actitudes en los profesionales), el tamaño muestral adecuado se calcula siguiendo la fórmula del “cálculo de la muestra para una media” (Velasco-Rodríguez, V. M., Martínez-Ordaz, V. A., Roiz-Hernández, J., Huazano-García, F., & Nieves-Rentería, A., 2002). Puesto que se desconoce esta media en la población utilizamos un valor de desviación estándar en la población ( $\sigma$ ) igual a 0.75 ( $\sigma=0.75$ ). El nivel de confianza deseado es del 95%, que corresponde a un valor  $\alpha = 0,05$ . La precisión con que se desea obtener la estimación, fue de  $\pm 0.09$  ( $\delta=0.09$ ). Al sustituir estos valores en la fórmula del cálculo de tamaño de muestra:

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (\sigma)^2}{\delta^2} = \frac{(1.96)^2 (0.75)^2}{0.09^2} = \frac{3.84 \times 0.5625}{0.0081} = 266,77$$

En donde: N = tamaño de la muestra que se requiere,  $\sigma$  = desviación estándar de la población,  $\delta$  = precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar y  $Z\alpha$  = distancia de la media del valor de significación propuesto.

En definitiva es necesaria una muestra de 267 sujetos. Al haber alcanzado esta cifra, la muestra es suficiente para estimar con precisión la actitud de los profesionales, y servirá para los análisis estadísticos que se requieren para el análisis de la actitud de los profesionales ante las actividades preventivas y de promoción. Por tanto se analizarán los datos obtenidos en la encuesta a los 282 profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA).

##### 4.2.1 Análisis exploratorio de los datos

Todos los datos obtenidos se codificaron en una base de datos que sirvió de base para el análisis de los mismos con el programa SPSS en su versión 21 para Windows.

En primer lugar se realizó un análisis exploratorio o análisis preliminar de datos para detectar los posibles casos extremos u outliers que pueden de algún modo distorsionar los resultados, mediante gráficos de Caja o Boxplot y gráficos de Tallo y Hoja, y se analizó la no respuesta o existencia de casos missing. A continuación se procedió a la comprobación de determinados supuestos requeridos en la aplicación de gran parte de las técnicas que se emplearon en el análisis estadístico, como son el supuesto de normalidad y el de homocedasticidad. Consideramos dos formas de obtener información sobre la normalidad de la distribución: gráficamente y mediante las pruebas de normalidad. A su vez dentro de la opción gráfica se

utilizó el histograma con curva normal y los gráficos de probabilidad normal con tendencia. La segunda forma de comprobar la normalidad de una distribución se efectuó a través de un contraste de hipótesis. La prueba específica para contrastar si los datos proceden de una población con distribución normal fue la prueba de Lilliefors.

#### 4.2.2 Análisis general de los datos

- a) Se describieron de los sujetos estudiados;
- b) Se estimó la existencia de asociación;
- c) Se ajustaron los potenciales factores de confusión;
- d) Se realizó el análisis de subgrupos.

Se presentaron datos descriptivos, medias, desviaciones estándar, para las variables continuas más relevantes y la distribución de frecuencias absolutas y relativas para variables categóricas. Las estimaciones se acompañaron de sus correspondientes intervalos de confianza. Las pruebas estadísticas que se utilizaron para comparar los diferentes grupos fueron las siguientes: prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y test de Fisher para comparar proporciones (variables cualitativas).

Para las comparaciones entre variables cuantitativas se utilizó tanto las pruebas t de Student y ANOVA como las pruebas no paramétricas Kruskal-Wallis y U de Mann Whitney cuando no se cumplían los criterios de aplicación del análisis de la varianza. Se calculó el coeficiente de correlación de Pearson entre variables cuantitativas para conocer el grado de asociación lineal entre ellas tras la comprobación de los supuestos de normalidad. En el caso de que no se cumpliera dicho supuesto se analizarán mediante el coeficiente de correlación de Spearman que es más robusto y no se ve afectado por la existencia de valores anormalmente alejados (Domenech Massons, JM., 2002).

#### 4.3 Limitaciones del estudio

##### 4.3.1 En el diseño y validación del cuestionario

Entre los errores susceptibles de cometerse en una investigación mediante encuesta y que se han tenido en cuenta en el momento del desarrollo metodológico del cuestionario se encuentran:

- a) Sesgo debido al diseño del cuestionario,
- b) Sesgo debido al método de administración,
- c) Sesgos producidos por los entrevistados,

Una vez conocidos los sesgos potenciales que posee una investigación con metodología de encuesta, en el capítulo “Discusión” se discuten como se ha intentado controlar o corregir dichos sesgos en la medida de lo posible.

#### **4.4 Declaración explícita de la cumplimentación de aspectos éticos**

Se declara explícitamente que en la realización de esta investigación se han respetado los principios éticos que contiene la Declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial, 2008). Se cuenta con el consentimiento verbal de los participantes. Debemos tener en cuenta que el propio diseño autoadministrado del cuestionario y su anonimato son garantes tanto de la participación o no en la investigación y de la ausencia de datos personales.

Se ha valorado que la cumplimentación del cuestionario no conlleva ningún riesgo innecesario.

Para garantizar la confidencialidad de la información de todos los datos recogidos en esta investigación los mismos son registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de datos en vigor (Ley 41/2002 de 14 de noviembre; Ley 15/1999 de 15 de diciembre).

Respecto de la confidencialidad de la información recogida se tomaran las siguientes medidas:

- Toda la información se mantendrá codificada en formato electrónico bajo contraseña.
- El análisis de la información se hará siempre de forma agregada y nunca individual.
- Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometen a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por las participantes.
- Todas las bases de datos del proyecto estarán protegidas electrónicamente con códigos que limiten el acceso únicamente a los investigadores.

## 5. RESULTADOS





## 5. RESULTADOS

### 5.1 Resultados primera parte: diseño y validación del Cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria (CAPPAP)

#### 5.1.1 Resultados de la revisión de la literatura

El primer paso para diseñar el cuestionario fue buscar y seleccionar en la literatura científica cuestionarios similares al que se pretendía elaborar. La búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos de la National Library of Medicine (NLM) a través de su buscador Pubmed, en CINAHL y en Cuiden Plus. Para realizar las diferentes búsquedas se utilizaron los descriptores "survey", "attitude", "prevention", "preventive services" y "health promotion" y su equivalente en español para la base de datos Cuiden Plus.

Los criterios de inclusión fueron tener acceso al documento completo, artículos escritos en inglés o castellano, especificidad sobre el objeto de estudio y los límites temporales desde el 1 de enero de 1960 al 1 de diciembre de 2009.

En total se obtuvieron 122 artículos, se realizó una lectura del título y el resumen para valorar la idoneidad de los resultados arrojados por la búsqueda. Los 19 artículos que guardaban relación con el objetivo de la búsqueda fueron rescatados a texto completo. Finalmente, se seleccionaron 7 artículos de interés para la investigación.

De los cuestionarios seleccionados para el estudio se extrajeron los siguientes aspectos: autor, año, país, dimensiones, población diana, presencia de un marco teórico, proceso de validación, métricas aportadas, área que investiga, (ver tabla 5.1). Tras su lectura se analizaron sus características conceptuales y de construcción con la finalidad de extraer ítems que nos sirvieran para elaborar el primer borrador del cuestionario sobre actitudes ante la prevención y promoción de la salud en enfermeras y médicos de atención primaria.

AUTOR/PAÍS/AÑO	DIMENSIONES	POBLACIÓN DIANA	MARCO TEÓRICO	PROCESO VALIDACIÓN	MÉTRICAS	ÁREA
Ruiz Jiménez et al. España. 1990.	No definidas	Médicos	Ausente	Escaso. Validación de contenido por expertos y selección de ítems discriminantes.	Fiabilidad: $\alpha$ de Cronbach	Promoción
Solberg et al. EE.UU. 1997.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseo de mejora</li> <li>• Sistemas de apoyo</li> <li>• Apoyo percibido de los líderes</li> </ul>	Enfermeras y médicos	Ausente	No descrito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiabilidad: <math>\alpha</math> de Cronbach</li> <li>• Validez: no aporta pruebas</li> </ul>	Prevención
Márquez Calderón et al. España. 1999.	No definidas	Médicos	Ausente	No descrito	No descritas	Prevención
McAvoy et al. Inglaterra. 1999.	No definidas	Médicos	Ausente	Cita pretest y pilotaje. No aporta pruebas.	No descritas	Prevención
Kloppe et al. España. 2005.	No definidas	Médicos	Ausente	Cita prueba piloto de comprensión. No aporta pruebas.	No descritas	Prevención
Litaker et al. EE.UU. 2005.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de servicios preventivos</li> <li>• Efectividad</li> </ul>	Médicos	Ausente	No descrito	No descritas	Prevención
Yeazel et al. EE.UU. 2006.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras</li> <li>• Importancia</li> <li>• Autoeficacia percibida</li> <li>• Confort</li> </ul>	Médicos	Ausente	Descrito adecuadamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiabilidad: <math>\alpha</math> de Cronbach y Test-retest</li> <li>• Validez divergente</li> </ul>	Prevención

Tabla 5.1. Características principales de los cuestionarios sobre prevención y promoción seleccionados

### 5.1.2 Resultados de la definición de las distintas dimensiones que compusieron el cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en atención primaria

Para la definición de las dimensiones del cuestionario se tuvieron en cuenta dos criterios, por un lado las dimensiones que nos ofrecían los cuestionarios hallados en la revisión de la literatura y por otra las indicadas por un panel de expertos.

Respecto al primer criterio los cuestionarios encontrados no ofrecen una descripción del marco conceptual y solo 3 informan de las dimensiones que constituyen la herramienta. Aún así, las dimensiones mencionadas, a pesar de que se relacionan conceptualmente, apenas coinciden entre sí. Observamos que las dimensiones más próximas y repetidas, en los cuestionarios de Litaker et al. (2005) y Yeazel et al. (2006), son “importancia” o “importancia de los servicios preventivos” y “efectividad” o “autoeficacia percibida”. El resto de dimensiones halladas hacen referencia a los “sistemas de apoyo”, el “apoyo percibido de los líderes”, las “barreras” y el “confort”.

Tras valorar las dimensiones que aportan los cuestionarios encontrados, los expertos indicaron que se completaran y reagruparan las dimensiones halladas con las propuestas por ellos. Así mismo subrayaron la necesidad de que dichas dimensiones se incorporasen dentro del modelo tridimensional del concepto actitud de Rosenberg y Hovland 1960. Estos autores definen el concepto actitud como una predisposición a responder a alguna clase de estímulo con una respuesta cognitiva (creencias, opiniones o ideas), afectiva (evaluación en términos de agrado-desagrado) o conductual (intenciones a comportarse de una determinada manera).

Finalmente, siguiendo las orientaciones de los expertos se establecieron 5 dimensiones que quedaron definidas del siguiente modo:

- *Necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro*, se define como la creencia por parte de los profesionales acerca de la necesidad de mejorar determinadas intervenciones preventivas y de promoción.
- *Percepción de la actitud de los profesionales del centro*, se define como la creencia que tienen los profesionales acerca de su colectivo, otros colectivos profesionales y del funcionamiento de su centro ante las actividades preventivas y de promoción.
- *Importancia concedida a las actividades de prevención y promoción*, se define como la creencia que tiene el profesional acerca del valor que tienen ciertas actividades preventivas y de promoción de la salud.
- *Oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades preventivas y de promoción*, se define como la intención de conducta que tiene el profesional ante

determinadas circunstancias para la realización de actividades preventivas y de promoción.

- *Obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción*, se definen como factores que dificultan la realización de actividades preventivas y de promoción.

En la tabla 5.2 se muestran las dimensiones que se pretenden constituyan el cuestionario y su integración en el modelo tridimensional de Rosenberg y Hovland.

DIMENSIONES DEL MODELO TRIDIMENSIONAL DE ROSENBERG Y HOVLAND	SUBDIMENSIONES O FACTORES DEL CUESTIONARIO	ENCONTRADA EN LITERATURA	PROPUESTA POR EXPERTOS
COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Creencia de la necesidad de mejora de las actividades preventivas y de promoción.</li> <li>✓ Importancia concedida a las actividades preventivas y de promoción.</li> <li>✓ Obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓</li> <li>✓</li> <li>✓</li> </ul>	
AFECTIVA	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Percepción de la actitud de los profesionales del centro en la aplicación de actividades preventivas y de promoción.</li> </ul>		✓
CONDUCTUAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Oportunidades de mejora.</li> </ul>	✓	

Tabla 5.2. Dimensiones propuestas para la construcción del cuestionario

### 5.1.3 Resultados de la selección y redacción de los ítems

Para la selección y redacción de los ítems que formarían parte de la primera versión del cuestionario se realizó por un lado una primera fase para la selección, modificación-adaptación y generación de nuevos ítems. Después, se llevó a cabo una segunda fase en la que se realizó una evaluación de la validez de contenido de los mismos.

**Primera fase:** selección de ítems, modificación-adaptación y generación de nuevos ítems.

De los cuestionarios hallados en la búsqueda se seleccionaron un total de 41 ítems que se consideraron relacionados con las dimensiones de interés para el cuestionario.

Las indicaciones aportadas por las seis personas expertas en prevención y promoción de salud que se consultaron con respecto a los ítems se detallan a continuación.

Las modificaciones-adaptaciones realizadas fueron:

- Se redacta nuevamente el enunciado de los ítems 1 al 11 quedando “¿Cómo de importante consideras...?”
- Se redacta nuevamente el enunciado de los ítems 12 al 22 quedando “Dónde trabajas debe mejorar...”

- En el ítem 23 se modifica “colegas” por “compañeros de profesión”.
- En el ítem 24 se modifica “trabajar” por “colaborar”.
- El ítem 27 se modifica quedando “Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal de nuestras consultas.”
  - El ítem 32 se modifica quedando como “El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones preventivas y de promoción”.
  - El ítem 33 se modifica y queda “Mi centro generalmente realiza acciones preventivas y de promoción de buena calidad.”
  - Los ítems 34 a 38 son modificados en su enunciado quedando como: “puede representar un obstáculo:...”
  - El ítem 35 se modifica quedando como “El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo estas tareas preventivas y de promoción.”
  - El ítem 38 se modifica quedando como “La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud.”
  - Se eliminan 3 ítems por no ajustarse a la organización funcional y profesional de nuestro entorno. A modo de ejemplo se indica el siguiente: "los médicos no usan bien el tiempo para supervisar y dar soporte al staff de la clínica en la provisión de cuidados tradicionalmente dados por ellos".

Se crearon los siguientes 6 ítems:

- “El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera es...”
- “El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera Gestora de Casos es...”
- “El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es...”
- “El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Pediatra es...”
- “El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Fisioterapeuta es...”
- “El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Trabajador Social es...”

Finalmente y tras el proceso de selección, modificación y generación de ítems se obtuvieron un total de 44 ítems. Los expertos indicaron que sería conveniente desdoblar algunos ítems y preguntar separadamente sobre los aspectos preventivos y de promoción, por lo que se duplican los siguientes 12 ítems: del ítem 23 al 28 y del ítem 30 al 35. De este modo la versión final definitiva del cuestionario queda conformada por un total de 56 ítems.

Por otra parte, los expertos recomendaron que se elaborasen varios ítems para medir la percepción del clima organizacional relacionado con las actividades preventivas y de promoción para la generación de evidencias relacionadas con la validez convergente. Dichos ítem preguntan separadamente sobre los aspectos preventivos y de promoción, es decir aparecen duplicados.

Los ítems que se diseñaron en su redacción final quedaron como:

- La dirección de mi Área de Atención primaria está comprometida con la mejora de la calidad de las actividades de prevención y promoción.
- El enfoque de las actividades de prevención y promoción en nuestro centro es suficientemente bueno.
- El Sistema Sanitario Público está interesado en mejorar la calidad de la atención prestada por sus profesionales en actividades de prevención y promoción.
- El Sistema Sanitario Público se preocupa de mejorar las actividades de prevención y promoción para sus profesionales.
- El Sistema Sanitario Público se esfuerza en ayudar a mejorar tus actividades preventivas y de promoción.
- Cómo de satisfecho estás con la forma en la que se prestan actualmente las actividades preventivas y de promoción en tu centro.
- Cómo de satisfecho estás con tu centro como lugar para trabajar estas actividades de prevención y promoción.
- Cómo de satisfecho estás con tu rol de trabajo con estas actividades de prevención y promoción (en tu centro).

Una vez que los ítems fueron seleccionados y elaborados se valoró que la redacción de los mismos siguieran respetando las instrucciones sobre redacción de ítems recogidas en el apartado 4.1.4.3 *Redacción de los ítems* en el capítulo Material y Método. Además, los ítems fueron adaptados o redactados como afirmaciones respecto al objeto de estudio, la “prevención y promoción de la Salud”, y cada ítem puede ser valorado a través de 5 opciones de respuesta tipo Likert. Según la redacción del ítem y la previsión de la dimensión a la que

pertenece las opciones de respuesta son: para 22 ítems de 1 “muy en desacuerdo” a 5 “muy de acuerdo”; para 6 ítems de 1 “nada implicado” a 5 “muy implicado”; para 5 ítems de 1 “no es un obstáculo” a 5 “es un obstáculo muy grande” y para 11 ítems de 1 “nada importante a 5 “muy importante”. Del mismo modo, las opciones de respuesta de los ítems sobre percepción del clima laboral se han redactado para 5 ítems en una escala con un rango de 1 “muy en desacuerdo” a 5 “muy de acuerdo” y para 3 ítems de 1 “muy insatisfecho” a 5 “muy satisfecho”.

**Segunda fase:** *evaluación de la validez de contenido.* Se calculó el Índice de Validez de Contenido (IVC) de los 56 ítems que superaron la evaluación anterior más los 8 ítems que se diseñaron para generar pruebas de validez convergente. Para ello se enviaron los ítems a 7 expertos distintos a los anteriores que valoraron su adecuación respondiendo a una escala Likert con 4 opciones de respuesta: nada adecuado (1), poco adecuado (2), bastante adecuado (3) y totalmente adecuado (4). Se mantuvieron en el cuestionario aquellos ítems que presentaban un porcentaje de acuerdo igual o mayor al 70% a la hora de valorar cada ítem como “bastante adecuado” o “totalmente adecuado”, garantizando un nivel adecuado de consenso entre expertos.

Los resultados obtenidos en el IVC se detallan a continuación en las tablas 5.3 y 5.4, tanto los del cuestionario en sí, como los de la escala acerca de la percepción del clima organizacional.

descripción item	n							acuerdoa	%
	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5	EXPERTO 6	EXPERTO 7		
¿Cómo de importante consideras... (citología de cerv	3	2	4	4	4	4	4	6	85,71
Donde trabajas debe mejorar... (citología de cervix, r	4	2	4	4	4	3	3	6	85,71
3.1 En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de PREVENCIÓN es una parte importante de sus funciones.	4	3	4	4	4	4	3	7	100,00
3.2 En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de PROMOCIÓN es una parte importante de sus funciones.	4	2	4	4	4	3	3	6	85,71
4.1 Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades PREVENTIVAS.	2	4	4	4	3	4	4	6	85,71
4.2 Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades de PROMOCIÓN.	3	3	4	4	3	4	4	6	85,71
5.1 Los médicos de este centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades PREVENTIVAS.	3	3	4	4	3	2	2	5	71,43
5.2 Los médicos de este centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades de PROMOCIÓN.	3	3	4	4	3	2	2	5	71,43
6.1 Las enfermeras de este centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de los servicios PREVENTIVOS.	4	3	4	4	3	2	3	6	85,71
6.2 Las enfermeras de este centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de los servicios de PROMOCIÓN.	4	3	4	4	3	2	3	6	85,71
7.1 Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades PREVENTIVAS durante el transcurso normal de nuestras consultas.	1	1	3	4	3	3	4	5	71,43
7.2 Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades de PROMOCIÓN durante el transcurso normal de nuestras consultas.	1	1	3	4	3	3	4	5	71,43
8.1 Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para los servicios PREVENTIVOS que necesita mi paciente.	1	3	3	4	4	3	4	6	85,71

Tabla 5.3 Índice de Validez de Contenido de los ítems del cuestionario (1/2)

8.2 Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para las actividades de PROMOCIÓN que necesita mi paciente.	1	3	3	4	4	3	4	6	85,71
9 Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y	1	1	3	3	4	3	4	6	85,71
10.1 La mayoría de los pacientes quieren que se les den servicios de PREVENCIÓN.	4	4	3	4	3	4	3	7	100,00
10.2 La mayoría de los pacientes quieren que se les den servicios de PROMOCIÓN.	2	4	3	4	3	3	3	6	85,71
11.1 Deberíamos integrar las acciones PREVENTIVAS de forma sistemática en la oferta de servicios que realizamos.	3	3	4	4	4	3	4	7	100,00
11.2 Deberíamos integrar las acciones de PROMOCIÓN de forma sistemática en la oferta de servicios que realizamos.	4	3	4	4	4	3	4	7	100,00
12.1 El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones PREVENTIVAS.	4	4	4	3	3	3	3	7	100,00
12.1 El trabajo en equipo es una buena forma de mejorar las acciones de PROMOCIÓN.	3	4	4	3	3	3	3	7	100,00
16.1 Mi centro generalmente realiza acciones PREVENTIVAS de buena calidad.	4	4	4	4	4	2	2	6	85,71
16.2 Mi centro generalmente realiza acciones de PROMOCIÓN de buena calidad.	4	4	4	4	4	2	2	5	71,43
21.1 La importancia de las actividades PREVENTIVAS frente a mis otras responsabilidades.	1	2	3	4	3	3	3	5	71,43
21.2 La importancia de las actividades de PROMOCIÓN frente a mis otras responsabilidades.	1	3	3	4	2	3	3	5	71,43
22.1 El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo tareas PREVENTIVAS.	4	4	4	4	2	3	2	5	71,43
22.2 El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo tareas de PROMOCIÓN.	4	3	4	4	4	3	2	6	85,71
23 La cantidad de tiempo que requieren.	1	4	4	4	4	3	2	5	71,43
24 La carga de trabajo adicional que requieren.	4	4	4	4	2	3	3	6	85,71
25 La resistencia del paciente a cambiar sus comport	2	4	4	4	4	3	3	6	85,71
29. Valora acerca de las siguientes figuras profesiona	4	3	4	4	4	4	3	7	100,00
30. Valora acerca de las siguientes figuras profesiona	4	3	4	4	4	4	3	7	100,00

Tabla 5.3 Índice de Validez de Contenido de los ítems del cuestionario (2/2)

descripción ítem	n							acuerdoa	CVR	%
	EXPERTO 1	EXPERTO 2	EXPERTO 3	EXPERTO 4	EXPERTO 5	EXPERTO 6	EXPERTO 7			
13.1 La dirección de mi Área de Atención Primaria está comprometida con la mejora de la calidad de las actividades PREVENTIVAS.	3	4	3	4	4	3	4	7	1,00	100,00
13.2 La dirección de mi Área de Atención Primaria está comprometida con la mejora de la calidad de las actividades PROMOCIÓN.	3	4	3	4	4	3	4	7	1,00	100,00
15.1 El enfoque de las actividades PREVENTIVAS en nuestro centro es suficientemente bueno.	1	3	4	4	3	3	2	5	0,43	71,43
15.2 El enfoque de las actividades de PROMOCIÓN en nuestro centro es suficientemente bueno.	1	3	4	4	3	2	3	5	0,43	71,43
18.1 El Sistema Sanitario Público está interesado en mejorar la calidad de la atención prestada por sus profesionales en actividades PREVENTIVAS.	3	4	3	4	4	2	1	5	0,43	71,43
18.2 El Sistema Sanitario Público está interesado en mejorar la calidad de la atención prestada por sus profesionales en actividades de PROMOCIÓN.	4	4	3	4	4	2	1	5	0,43	71,43
19.1 El Sistema Sanitario Público se preocupa de mejorar las actividades PREVENTIVAS para sus profesionales.	4	4	3	4	3	2	1	5	0,43	71,43
19.2 El Sistema Sanitario Público se preocupa de mejorar las actividades de PROMOCIÓN para sus profesionales.	4	4	3	4	3	2	1	5	0,43	71,43
20.1 El Sistema Sanitario Público se esfuerza en ayudar a mejorar tus actividades PREVENTIVAS.	3	2	3	4	3	2	3	5	0,43	71,43
20.2 El Sistema Sanitario Público se esfuerza en ayudar a mejorar tus actividades de PROMOCIÓN.	1	2	3	4	3	3	1	5	0,43	71,43
26.1 Como de satisfecho estás con la forma en la que se prestan actualmente las actividades PREVENTIVAS en tu centro.	4	4	4	4	4	4	2	6	0,71	85,71
26.2 Como de satisfecho estás con la forma en la que se prestan actualmente las actividades de PROMOCIÓN en tu centro.	4	4	4	4	4	4	2	6	0,71	85,71
27.1 Como de satisfecho estás con tu centro como lugar para trabajar estas actividades PREVENTIVAS.	1	3	3	4	4	4	1	5	0,43	71,43
27.2 Como de satisfecho estás con tu centro como lugar para trabajar estas actividades de PROMOCIÓN.	1	3	3	4	4	4	1	5	0,43	71,43
28.1 Como de satisfecho estás con tu rol de trabajo con estas actividades PREVENTIVAS (en tu centro).	2	4	3	4	4	4	2	5	0,43	71,43
28.2 Como de satisfecho estás con tu rol de trabajo con estas actividades de PROMOCIÓN (en tu centro).	2	4	3	4	4	4	2	5	0,43	71,43

Tabla 5.4 Índice de Validez de Contenido de los ítems relacionados con la percepción del clima organizacional

#### 5.1.4 Resultados de la preparación de preguntas o instrumentos adicionales

Además de los ítems seleccionados, modificados y generados para la elaboración del cuestionario, se diseñaron otras preguntas o ítems con una doble intención. Por una parte, definir el perfil sociodemográfico y ocupacional de los profesionales que se estudiarán y por otra parte, facilitar el estudio de validez del cuestionario.

Por tanto, además de los ítems sobre actitudes ante las actividades preventivas y de promoción, se recogió información acerca de los siguientes aspectos:

- *Datos sociodemográficos edad y sexo.* Estos datos sirven para realizar una descripción de la muestra.
- *Datos relacionados con la localización del centro.* Se valora si la ubicación del centro es en poblaciones de más de 10.000 habitantes (urbano) o menos de 10.000 habitantes (rural).
- *Datos relacionados con variables ocupacionales.* Se identifica la profesión, la experiencia laboral (tanto el tiempo como los lugares en los que se ha trabajado), el tipo de contrato que posee el profesional con la administración sanitaria y el tiempo de antigüedad en su centro. Por último se valora si la experiencia profesional se ha desarrollado en el ámbito de la atención primaria y/o hospitalaria.
- *Datos relacionados con la formación.* Se pregunta por el año de obtención de la titulación, otras titulaciones, realización de doctorado, si se ha realizado algún tipo de formación previa en prevención y promoción de salud, duración de la formación y lugar donde se ha realizado.
- *Datos relacionados con el nivel expresado de conocimientos y habilidades y la realización de actividades preventivas y de promoción.* Se recogen datos sobre el nivel de conocimientos y destrezas en la realización de este tipo de actividades. También se pregunta sobre las actividades preventivas y de promoción realizadas, solicitando que indiquen el tipo de actividad y la población diana a la que iba dirigida.
- *Dentro del tipo de actividad los profesionales podrán seleccionar las opciones.* EpS grupal, EpS individual, intervenciones en prensa, radio o televisión, otras intervenciones comunitarias a especificar y screening. Dentro de las poblaciones diana que se podían señalar se incluyeron diabéticos, hipertensos, ancianos, jóvenes, personas obesas, población general, niños, embarazadas, personas con ansiedad, colectivos marginales, tabaquismo, cuidadoras informales, otros a indicar.
- *Datos relacionados con la oferta formativa en su Área de salud.* Se recogen datos en los que la persona expresa qué le parece la oferta formativa de su Área de Salud.

- *Datos relacionados con la realización de intervenciones preventivas o de promoción de manera planificada en el último año.*
- *Otros datos.* Se utilizan los 8 ítems diseñados para medir la percepción del clima organizacional relacionado con las actividades preventivas y de promoción para la generación de evidencias relacionadas con la validez convergente. El diseño, redacción y validación de estos ítems se mostró en el apartado anterior.

#### **5.1.5 Resultados del pretest cognitivo**

Posterior a la preparación de las preguntas y de la elaboración de un primer cuestionario con formato provisional se realizó un pretest cognitivo. Este consistió en la valoración de una serie de aspectos del cuestionario por parte de profesionales que presentaban las mismas características que la población sobre la que finalmente iba a ir dirigido el cuestionario.

El pilotaje cognitivo se realizó en 12 profesionales de enfermería y medicina del Centro de Salud Virgen de Linarejos en la localidad de Linares y perteneciente al Servicio Andaluz de Salud. Los aspectos que se les indicaba que valoraran mediante entrevista personal fueron: valoración del aspecto formal del cuestionario en su conjunto, comprensión de las instrucciones del cuestionario, si se entendía el significado de las preguntas y las palabras utilizadas en el cuestionario, dificultad de cada ítem, dificultad en general del cuestionario, observaciones ante alguna cuestión sobre el cuestionario y observaciones sobre el tiempo de cumplimentación. También se recogen aspectos tales como: cuándo contestan a nuestro cuestionario en qué piensa, cómo deciden cual de las alternativas elegir, si se aburren, si se molestan con las preguntas o qué les sugieren las instrucciones.

Tras analizar las sugerencias realizadas por los profesionales entrevistados se introdujeron las modificaciones indicadas tanto en la redacción de los ítems como en el resto de aspectos. Se hace necesario resaltar que las sugerencias de modificación no afectaron a la estructura del formato elegido en ningún caso, solo fueron mínimas modificaciones de redacción. A modo de ejemplo se sugirió que se cambiara la palabra “servicio preventivo” por “actividad preventiva”. No presentó problemas la longitud del cuestionario que se cumplimentaba en unos 13-15 minutos.

#### **5.1.6 Resultados de la prueba piloto**

Una vez modificados los ítems según las sugerencias de los encuestados en el pilotaje cognitivo, se llevó a cabo una prueba piloto con el cuestionario de 56 ítems. Esta prueba permitió, de manera exploratoria, realizar una valoración de la fiabilidad (tanto del

cuestionario de manera global, como de los ítems) y la validez, así como del método de administración y la cumplimentación del cuestionario (ítems no contestados, etc.).

Se perseguía valorar el comportamiento tanto del cuestionario como del proceso de recogida de datos en un escenario real y de manera similar a como se realizaría en la encuesta definitiva. Así, se realizó dicha prueba piloto en 60 profesionales de salud (médicos y enfermeras) pertenecientes al Distrito Sanitario Jaén Norte.

El análisis de la respuesta a los ítems muestra que todos los ítems fueron contestados en más del 95 % (57) de los cuestionarios. Con respecto a la fiabilidad del cuestionario se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.899. El análisis de la validez del cuestionario mediante análisis factorial exploratorio, y rotación varimax, presentó una reducción de datos que ofreció 5 factores que explicaban un 54,97% de la varianza.

Además, en esta fase se diseñó el proceso de recogida de datos con el cuestionario. Este consistió en remitir los cuestionarios a la persona responsable de prevención y promoción de salud de las distintas Áreas Sanitarias o Distritos Sanitarios. Los cuestionarios eran enviados bien al Técnico de Educación para la Salud o bien al Técnico responsable del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía. Dicha persona recibía instrucciones sobre la administración y recogida de los cuestionarios y era la encargada de remitirlos al equipo de investigación.

En las instrucciones se les indicaba cuál era el objetivo de la investigación, los sujetos a los que iba dirigido, las características de administración, indicando que era un cuestionario autocumplimentado, anónimo, y que el tiempo medio de cumplimentación era de 13-15 minutos. Además, se les explicitaba cómo iba a ser el tratamiento de los datos y las garantías de la investigación con respecto al cumplimiento de las normas éticas. Finalmente, se les indicaba la dirección a la que debían remitir los cuestionarios una vez cumplimentados y se les agradecía su colaboración. Los resultados del análisis de este proceso muestran que la recepción de cuestionarios presenta una distribución desigual, ya que no se conseguían cuestionarios de todos los lugares donde era remitido.

En resumen, los resultados de fiabilidad y validez de la prueba piloto del cuestionario de actitud de enfermeras y médicos ante la prevención y promoción de la salud fueron aceptables. Además, permitió diseñar y evaluar el proceso de recogida de datos con resultados moderadamente aceptables para este tipo de diseño de investigación.

#### **5.1.7 Resultados de la fiabilidad y validez del cuestionario**

A continuación se muestran los resultados obtenidos tras el pilotaje cuantitativo. Para ello se administró el cuestionario diseñado (Anexo 2) a una muestra de profesionales médicos y

enfermeras para analizar las características psicométricas (fiabilidad y validez) del instrumento desarrollado.

*5.1.7.1 Tamaño de la muestra:* para la validación de un cuestionario es necesario un número de sujetos que nunca sea inferior a 150-200 (Morales, 2003). No obstante Nunally (1978) nos indica que debe haber cinco sujetos por ítem en la versión inicial. En nuestro estudio participaron 282 sujetos para una versión inicial de 56 ítems.

*5.1.7.2 Tipo de muestreo:* en el diseño se proponía un muestreo por conveniencia en el que se incluían todas las provincias de la comunidad autónoma andaluza.

*5.1.7.3 Recogida de los datos:* se realizó igual que se ha descrito en la prueba piloto, se remitieron por correo postal los cuestionarios a las distintas Áreas Sanitarias o Distritos Sanitarios, a la persona responsable de prevención y promoción de salud. La persona responsable podía ser, dependiendo del Área o Distrito, el Técnico de Educación para la Salud o el Técnico responsable del Plan Integral de Tabaquismo de Andalucía.

La recogida de cuestionarios tuvo una distribución bastante irregular, con provincias en las que apenas se obtuvieron cuestionarios hasta provincias donde se obtuvieron 125 (ver tabla 5.5)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Almería	6	2,1	2,1
Cádiz	1	,4	2,5
Córdoba	46	16,3	18,8
Granada	15	5,3	24,1
Huelva	3	1,1	25,2
Jaén	81	28,7	53,9
Málaga	125	44,3	98,2
Sevilla	5	1,8	100,0
<b>Total</b>	<b>282</b>	<b>100,0</b>	

Tabla 5.5 Provincia en la que trabaja la muestra seleccionada

*5.1.7.4 Resultados del análisis de fiabilidad y validez de la versión final del cuestionario CAPPAP*

A continuación se detallan los resultados de la versión final del cuestionario. Al analizar la concordancia de los ítems que preguntaban el mismo aspecto relacionado a la prevención y relacionado con la prevención (12 ítems) se obtienen valores de concordancia medida a través del Kappa ponderado de entre 0,943 y 0,950 por lo que se suprimió la duplicidad de preguntas y el cuestionario final incluye en la redacción de estos ítems la expresión: "actividades preventivas y de promoción" y quedó una versión definitiva de 44 ítems. Esto también se observó en los ítems que componen el constructo "percepción del clima organizacional" por lo

que también se suprimió la duplicidad y la redacción de los mismos incluye “actividades preventivas y de promoción”.

Todos los análisis que se realizan a continuación serán sobre la versión definitiva del Cuestionario de Actitudes ante la Prevención y Promoción de la Salud en Atención Primaria (CAPPAP) de 44 ítems (Anexo 3).

#### 5.1.7.4 .1 Fiabilidad:

Los procedimientos utilizados para analizar la fiabilidad del CAPPAP y sus dimensiones fueron el alfa de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0,888 para el cuestionario global de 44 ítems. Para las distintas dimensiones se obtuvieron los siguientes coeficientes:

Dimensiones del CAPPAP	Denominación	Alfa de Cronbach
Dimensión 1	Necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro	0,912
Dimensión 2	Percepción de la actitud de los profesionales del centro	0,847
Dimensión 3	Importancia concedida a las actividades de prevención y promoción	0,853
Dimensión 4	Oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades preventivas y de promoción	0,721
Dimensión 5	Obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción	0,663

**Tabla 5.6 Resultados alfa de Cronbach para las 5 dimensiones del CAPPAP**

Con respecto a la relación ítem-total del cuestionario los resultados se muestran en la tabla 5.7. Se observa que solo los ítems 35 y 38 mejorarían mínimamente el alfa de Cronbach, pero se decidió mantenerlos por el interés para nuestro estudio de las cuestiones planteadas en los mismos.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
1. ¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?	165,32	276,000	,368	,886
2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	165,34	275,276	,400	,885
3. ¿Cómo de importante consideras el examen mamario?	165,56	274,384	,354	,886
4. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de hipertensión arterial?	165,40	278,717	,307	,887
5. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia?	165,49	277,840	,317	,886
6. ¿Cómo de importante consideras las vacunaciones del calendario oficial?	165,15	282,289	,164	,888

7. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)?	165,95	277,139	,237	,888
8. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?	165,68	276,373	,336	,886
9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	165,46	275,491	,402	,885
10. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable?	165,45	274,076	,464	,885
11. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se realice actividad física?	165,50	273,767	,461	,885
12. Donde trabajas debe mejorar la citología de cérvix	166,51	266,196	,463	,884
13. Donde trabajas debe mejorar la mamografía	166,33	268,049	,420	,885
14. Donde trabajas debe mejorar el examen mamario	166,39	266,156	,523	,883
15. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipertensión arterial	166,55	266,030	,528	,883
16. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia	166,59	266,171	,552	,883
17. Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	166,80	263,567	,466	,884
18. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	166,81	266,262	,466	,884
19. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antigripal	166,79	261,347	,567	,882
20. Donde trabajas debe mejorar el consejo sobre el cese del hábito tabáquico	166,32	270,393	,414	,885
21. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable	166,19	269,093	,475	,884
22. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se realice actividad física	166,15	269,750	,448	,884
23. En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de Prevención es una parte importante de sus funciones	165,84	274,658	,399	,885
24. Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción	165,49	278,379	,344	,886
25. Los médicos de este centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	166,22	276,509	,309	,887
26. Las enfermeras de éste centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	165,84	273,526	,457	,885
27. Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal de nuestras consultas	165,63	276,719	,360	,886
28. Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para los servicios preventivos que necesita mi paciente	165,58	277,058	,289	,887
29. Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los pacientes para reducir sus factores de riesgo, yo podría hacer mejor mi trabajo	165,50	276,279	,351	,886
30. La mayoría de mis pacientes quieren que se les den servicios de prevención y promoción	166,31	275,148	,322	,886
31. Deberíamos integrar las acciones preventivas y de promoción de forma sistemática en la oferta de	165,67	278,844	,282	,887

actividades que realizamos				
32. El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones preventivas y de promoción	165,47	278,478	,342	,886
33. Mi centro generalmente realiza acciones preventivas y de promoción de buena calidad	166,44	277,060	,353	,886
34. Puede representar un obstáculo: La importancia relativa de las actividades preventivas y de promoción frente a mis otras responsabilidades	166,73	276,181	,256	,888
35. Puede representar un obstáculo: El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo estas tareas preventivas y de promoción	166,78	279,078	,175	,889
36. Puede representar un obstáculo: La cantidad de tiempo que requieren	165,95	273,029	,378	,886
37. Puede representar un obstáculo: La carga de trabajo adicional que requieren	165,89	272,682	,380	,886
38. Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud	166,16	285,650	-,021	,892
39. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera es	165,75	275,321	,422	,885
40. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera Gestora de Casos es	165,80	272,733	,455	,885
41. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es	166,26	274,649	,378	,886
42. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Pediatra es	166,18	273,562	,395	,885
43 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Fisioterapeuta es	166,61	276,020	,274	,887
44 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Trabajador Social es	166,32	275,763	,280	,887

**Tabla 5.7 Resultados ítem-total del cuestionario**

También se calculó el coeficiente de fiabilidad por el método del test-retest. Para ello se aplicó el mismo test en dos ocasiones a los mismos sujetos, siendo el coeficiente de fiabilidad la correlación entre las puntuaciones de las dos aplicaciones. Se denomina a esta estimación “coeficiente de estabilidad”, ya que indica en qué grado son estables las mediciones realizadas en la primera aplicación del test. Los coeficientes de correlación intraclase para los factores se expresan en la tabla 5.8.

TEST- RETEST	COEFICIENTE CORRELACIÓN INTRACLASE	CONCORDANCIA (Landis y Koch)
Dimensión 1	0,674	Substancial
Dimensión 2	0,731	Substancial
Dimensión 3	0,821	Casi perfecta
Dimensión 4	0,720	Substancial
Dimensión 5	0,722	Substancial

Tabla 5.8 Resultados prueba test-retest para las 5 dimensiones del cuestionario

Según la clasificación de Landis y Koch (1977), los coeficientes indican una concordancia substancial, salvo en el caso de la dimensión 3 que es casi perfecta.

#### 5.1.7.4.2 Validez:

Cuando hablamos de estimar la validez debemos tener presente que hablamos más de un proceso que de un cálculo. La validez no se prueba de manera categórica, sino que se van acumulando datos que clarifican y amplían el significado de lo que medimos (Morales 2011). Las pruebas que se aportan acerca de la validez se pueden agrupar en cinco categorías: A) Pruebas basadas en el contenido, B) Pruebas basadas en el proceso de respuesta, C) Pruebas basadas en las consecuencias, D) Pruebas basadas en la estructura interna y E) Pruebas basadas en la relación con otras variables (Viladrich et al.,2006).

A continuación se detallan algunas de las pruebas generadas acerca de la validez del CAPPAP y que se pueden incluir dentro de cada una de las categorías de pruebas.

#### **A) Pruebas basadas en el contenido**

##### *A.1 Valoración de personas expertas*

-Participación de personas expertas en la determinación de las dimensiones.

-Participación de personas expertas en la redacción de ítems, así como su valoración en referencia a ítems ya contruidos. La revisión bibliográfica previa y la selección de los ítems fueron aspectos fundamentales y también redundan en la validez del contenido del cuestionario.

-Valoración de la adecuación de los ítems calculando el Índice de Validez de Contenido (IVC) por personas expertas.

Todos los aspectos señalados han sido desarrollados en los apartados 5.1.2 y 5.1.3.

### *A.2 Valoración de personas pertenecientes a la población diana*

Consiste en la valoración por parte de sujetos que poseen los mismos atributos que la población diana a la que se va a dirigir el cuestionario. Se les pide que valoren si el contenido del cuestionario es adecuado, clásicamente a esto se le ha denominado “validez aparente”. Este aspecto se evaluó con el “pretest cognitivo” (apartado 5.1.5.) consiguiendo adecuados resultados.

## **B) Pruebas basadas en el proceso de respuesta**

### *B.1 Factores que influyen en el proceso de respuesta*

Hay tres aspectos que deben tenerse en cuenta en el diseño del cuestionario: el contenido de los ítems, las instrucciones para contestar el cuestionario y la longitud del mismo. Dichos aspectos se detallan en el apartado 5.1.5 “resultados del pretest cognitivo”.

### *B.2. Obtención de datos sobre el proceso de respuesta*

Mediante entrevista individual es interesante valorar a unas pocas personas para determinar cuando contestan a nuestro cuestionario en qué piensa, cómo deciden cuál de las alternativas elegir, si se aburren, si se le molesta con las preguntas o qué les sugieren las instrucciones. Los resultados se han descrito en el apartado 5.1.5 “resultados del pretest cognitivo”.

### *B.3 Falta de respuesta*

Se debe describir la distribución de ítems menos respondidos dentro de un cuestionario intentando detallar la proporción de respuestas afectadas y el posible mecanismo por el que se produce la falta de respuesta. Realmente constituye un indicador de la calidad del cuestionario ya que se puede entender que mide su aceptabilidad. Un ítem no respondido por un porcentaje alto de sujetos en el estudio piloto es un firme candidato a ser replanteado.

En la tabla 5.9 se muestra el número de casos perdidos y el porcentaje por cada ítem del cuestionario.

	Válidos	Perdidos	%
43 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Fisioterapeuta es	252	30	10,64
14. Donde trabajas debe mejorar el examen mamario	267	15	5,32
13. Donde trabajas debe mejorar la mamografía	268	14	4,96
12. Donde trabajas debe mejorar la citología de cérvix	270	12	4,26

44 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Trabajador Social es	270	12	4,26
16. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia	273	9	3,19
40. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera Gestora de Casos es	273	9	3,19
42. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Pediatra es	274	8	2,84
15. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipertensión arterial	275	7	2,48
34. Puede representar un obstáculo: La importancia relativa de las actividades preventivas y de promoción frente a mis otras responsabilidades	275	7	2,48
35. Puede representar un obstáculo: El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo estas tareas preventivas y de promoción	275	7	2,48
5. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia?	276	6	2,13
18. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	276	6	2,13
19. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antigripal	276	6	2,13
25. Los médicos de éste centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	276	6	2,13
39. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera es	276	6	2,13
4. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de hipertensión arterial?	277	5	1,77
6. ¿Cómo de importante consideras las vacunaciones del calendario oficial?	277	5	1,77
17. Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	277	5	1,77
20. Donde trabajas debe mejorar el consejo sobre el cese del hábito tabáquico	277	5	1,77
21. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable	277	5	1,77
22. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se realice actividad física	277	5	1,77
36. Puede representar un obstáculo: La cantidad de tiempo que requieren	277	5	1,77
37. Puede representar un obstáculo: La carga de trabajo adicional que requieren	277	5	1,77
38. Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud	277	5	1,77
41. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es	277	5	1,77
1. ¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?	278	4	1,42
2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	278	4	1,42
3. ¿Cómo de importante consideras el examen mamario?	278	4	1,42
7. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)?	278	4	1,42

32. El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones preventivas y de promoción	278	4	1,42
8. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?	279	3	1,06
9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	279	3	1,06
26. Las enfermeras de éste centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	279	3	1,06
27. Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal de nuestras consultas	279	3	1,06
10. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable?	280	2	0,71
11. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se realice actividad física?	280	2	0,71
30. La mayoría de mis pacientes quieren que se les den servicios de prevención y promoción	280	2	0,71
31. Deberíamos integrar las acciones preventivas y de promoción de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos	280	2	0,71
33. Mi centro generalmente realiza acciones preventivas y de promoción de buena calidad	280	2	0,71
23. En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de Prevención es una parte importante de sus funciones	281	1	0,35
24. Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción	281	1	0,35
28. Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para los servicios preventivos que necesita mi paciente	281	1	0,35
29. Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los pacientes para reducir sus factores de riesgo, yo podría hacer mejor mi trabajo	281	1	0,35

**Tabla 5.9 Resultados falta de respuesta en los ítems del cuestionario**

Como se puede observar el 88,6% (39) de los ítems tiene un porcentaje de no respuesta inferior o igual al 3,19%, el 97,7 % (43) de los ítems tienen un porcentaje de no respuesta inferior o igual al 5,32% y tan solo un ítem tiene un porcentaje de no respuesta del 10,64%. Por lo que podemos decir que el cuestionario tiene una excelente aceptabilidad.

#### *B.4 Efectos techo y suelo*

Consiste en el análisis de la distribución de respuestas. El efecto techo se produce cuando en un ítem con una escala de varios puntos las respuestas se acumulan en el valor superior. Realmente esto nos está indicando que el rango de respuestas posibles del ítem no está bien definido para mostrar todas las opiniones. Por su parte el efecto suelo se produce cuando las respuestas se acumulan en el valor inferior y su interpretación es igual, las respuestas posibles no definen bien todas las opiniones (Tabla 5.10).

Dimensión	Escalas utilizadas	Nº de ítems	Rango	Media	Desviación típica	Efecto suelo	Efecto techo
Mejora	1, muy en desacuerdo; 5, muy de acuerdo	11	11-55	37,14	9,223	0,8	5,8
Percepción	1, muy en desacuerdo; 5, muy de acuerdo (ítems 23, 25, 26 y 33). 1, nada implicado; 5 muy implicado (ítems 39-44)	10	10-50	37,46	5,597	0,4	1,7
Importancia	1, nada importante; 5, muy importante	11	11-55	48,32	5,392	0,4	16,6
Oportunidades	1, muy en desacuerdo; 5, muy de acuerdo	7	7-35	29,33	3,277	0,7	4,3
Barreras	1, no es un obstáculo; 5, muy grande	5	5-25	17,76	3,308	0,4	0,7

Tabla 5.10 Resultados efecto techo y suelo de los ítems del cuestionario

Tras analizar la frecuencia de las respuestas de cada ítem en los valores 1 y 5 de la escala, se constató que el efecto suelo osciló entre 0,4-0,8 y el efecto techo osciló entre 0,7-5,8, excepto para la dimensión importancia que fue de 16,6 (tabla 5.10).

### C) Pruebas basadas en las consecuencias:

Este tipo de pruebas están relacionadas con evidencias sobre que la prueba consigue los objetivos propuestos.

#### C.1 Pruebas de la inocuidad del cuestionario

Los expertos explícitamente indicaron que entendían que el cuestionario era inocuo y no tenía repercusión ni a nivel del individuo ni a nivel profesional.

##### C.1.1 Viabilidad

Valora la relación entre los costes y beneficios relacionados con la administración del cuestionario (tiempo, tecnología necesaria, correcta puntuación de la prueba), garantizar los derechos de las personas que participan.

Se entiende que la relación entre costes y beneficios es equilibrada y asumible. El cuestionario se remite en soporte papel y recogido a través de correo postal. Por otra parte, no son necesarios recursos tecnológicos que no estén disponibles para el equipo investigador.

Se garantizan los derechos de las personas, tal y como queda descrito en el capítulo 4, referente al material y método, en su apartado "4.4 Declaración explícita de la cumplimentación de aspectos éticos".

### C.1.2 Participación de los encuestados en los beneficios

Evalúa las ganancias que pensamos conseguir con el cuestionario. Se deben aportar evidencias sobre como redundarán en beneficios económicos para los usuarios de la prueba. También se deben aportar evidencias sobre el acceso al conocimiento científico generado por esta prueba y prever cómo se divulgará.

Los beneficios económicos redundarán en el sistema sanitario público, ya que con el cuestionario potencialmente se podrá discriminar a los profesionales que poseen una mejor actitud para la realización de actividades tanto preventivas como de promoción, seleccionando y diseñando intervenciones específicas que permitan optimizar la asignación de recursos.

Con respecto al acceso al conocimiento científico generado y la previsión de la difusión del CAPPAP, se ha elegido la fórmula Open Access. Por ello, el cuestionario será publicado en una revista de una prestigiosa editorial, incluida en el Journal Citation Report e indexada en las principales bases de datos. De ésta manera obtenemos una máxima difusión y divulgación ya que el texto completo está disponible sin restricción alguna y en castellano (Anexo 4).

## D) Pruebas basadas en la estructura interna

### D.1 Análisis factorial exploratorio

Constituye una prueba importante para verificar la validez del constructo o el significado de la variable medida. Hace referencia a clarificar la estructura del instrumento y del constructo tal y como se ha diseñado y pretendemos medirlo.

En primer lugar se comprobó que las dimensiones presentaban un rango de variación suficientemente amplio, como se observa en la tabla 5.11.

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. típ.	Varianza
<b>Mejora</b>	260	44	11	55	9657	37,14	9,223	85,072
<b>Percepción</b>	242	28	22	50	9065	37,46	5,597	31,328
<b>Importancia</b>	271	23	32	55	13095	48,32	5,392	29,071
<b>Oportunidades</b>	276	15	20	35	8096	29,33	3,277	10,739
<b>Barreras</b>	274	20	5	25	4866	17,76	3,308	10,945
<b>N válido (según lista)</b>	220							

Tabla 5.11 Resultados del rango de variación de las dimensiones del cuestionario

Se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett para descartar la hipótesis de que todas las correlaciones son cero. El valor obtenido 946,  $p < 0,0001$  nos muestra que existe asociación

estadísticamente significativa, por lo que podemos descartar que todas las correlaciones son cero.

También se calculó la medida de adecuación muestral mediante la prueba de Kaiser, Meyer y Olkin (KMO). Sus valores oscilan entre 0 y 1, siendo mejores cuanto más cercanos a 1. Se consideran excelentes por encima de 0.9, destacables a partir de 0.8, moderados a partir de 0.7, mediocres desde 0.6, insignificantes desde 0.5 e inaceptables por debajo. El valor obtenido es 0,78, un valor considerado moderado.

Como método de extracción de factores se ha escogido el Análisis de Componentes Principales (ACP) con rotación varimax y se optó por forzar una solución factorial con 5 factores. En la tabla 5.12 se observa que el primer autovalor explicaría el 13,98% de la variación total de la matriz de correlaciones, siendo el porcentaje de varianza explicada por los 5 componentes de un 48,92%.

Componente	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	8,205	18,647	18,647	6,153	13,984	13,984
2	5,353	12,166	30,814	4,844	11,009	24,993
3	3,227	7,334	38,148	4,684	10,645	35,638
4	2,496	5,672	43,820	3,092	7,027	42,665
5	2,245	5,101	48,922	2,753	6,257	48,922
6	1,798	4,087	53,009			
7	1,781	4,048	57,057			
8	1,508	3,427	60,484			
9	1,315	2,988	63,472			
10	1,272	2,890	66,362			
11	1,108	2,518	68,880			
12	1,016	2,309	71,189			
13	,927	2,107	73,296			
14	,852	1,937	75,234			
15	,840	1,908	77,142			
16	,789	1,793	78,935			
17	,731	1,661	80,596			
18	,674	1,533	82,129			
19	,627	1,425	83,554			
20	,612	1,390	84,944			
21	,595	1,352	86,296			
22	,560	1,273	87,569			
23	,540	1,227	88,796			
24	,497	1,129	89,925			
25	,430	,978	90,903			
26	,402	,915	91,818			
27	,374	,849	92,667			

28	,370	,841	93,508			
29	,317	,720	94,228			
30	,305	,694	94,922			
31	,272	,619	95,541			
32	,260	,590	96,131			
33	,254	,576	96,708			
34	,200	,456	97,163			
35	,185	,422	97,585			
36	,181	,411	97,996			
37	,164	,372	98,368			
38	,157	,357	98,725			
39	,142	,324	99,049			
40	,127	,288	99,337			
41	,112	,255	99,592			
42	,070	,159	99,751			
43	,064	,145	99,896			
44	,046	,104	100,000			

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Tabla 5.12 Variación total explicada del cuestionario CAPPAP

Para el análisis de la estructura interna del CAPPAP también se ha empleado la representación gráfica de los autovalores, el *screen test* o *figura de sedimentación*. Se trata de la representación gráfica de los autovalores de la matriz, ya que cuando el valor de éstos decae considerablemente, indica que el aumento en varianza explicada debido a la inclusión de un nuevo factor será mínimo. Hay un punto en el que la pendiente de la curva se aproxima a 0, es decir, los autovalores comienzan a ser casi iguales, en este punto se establece el número de factores. En la figura 5.1 se presenta el *gráfico de sedimentación* para el CAPPAP.

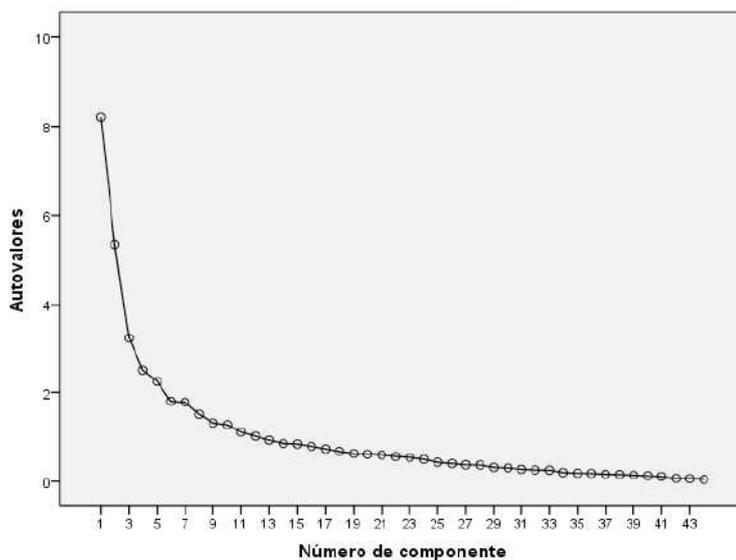


Figura 5.1 Gráfico de sedimentación del CAPPAP

Puede observarse que las 5 dimensiones a los que se ha forzado la solución factorial presentan un autovalor mayor a 2.

A continuación se obtuvo la matriz factorial del CAPPAP. La tabla 5.13 contiene las *comunalidades* asignadas inicialmente a las variables (*inicial*) y las comunalidades reproducidas por la solución factorial (*extracción*). La comunalidad de una variable es la proporción de su varianza que puede ser explicada por el modelo factorial obtenido. Estudiando las comunalidades de la extracción podemos valorar cuáles de las variables son peor explicadas por el modelo. En nuestro caso, la variable “Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud” es la peor explicada: el modelo sólo es capaz de reproducir el 17% de su variabilidad original. Como ya se comentó, se ha utilizado un método de extracción denominado *componentes principales*. Dicho método de extracción, que es el que actúa por defecto, asume que es posible explicar el 100% de la varianza observada y, por ello, todas las comunalidades iniciales son iguales a la unidad (que es justamente la varianza de una variable en puntuaciones típicas). A partir de esta tabla podemos empezar a plantearnos si el número de factores obtenidos (enseguida veremos cuáles son esos factores) es suficiente para explicar todas y cada una de las variables incluidas en el análisis.

	Inicial	Extracción
1. ¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?	1,000	,437
2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	1,000	,405
3. ¿Cómo de importante consideras el examen mamario?	1,000	,288
4. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de hipertensión arterial?	1,000	,598
5. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia?	1,000	,579
6. ¿Cómo de importante consideras las vacunaciones del calendario oficial?	1,000	,266
7. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)?	1,000	,396
8. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?	1,000	,503
9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	1,000	,466
10. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable?	1,000	,622
11. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se realice actividad física?	1,000	,589
12. Donde trabajas debe mejorar la citología de cérvix	1,000	,591
13. Donde trabajas debe mejorar la mamografía	1,000	,328
14. Donde trabajas debe mejorar el examen mamario	1,000	,455
15. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipertensión arterial	1,000	,719
16. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia	1,000	,722

17. Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	1,000	,712
18. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	1,000	,600
19. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antigripal	1,000	,720
20. Donde trabajas debe mejorar el consejo sobre el cese del hábito tabáquico	1,000	,396
21. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable	1,000	,560
22. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se realice actividad física	1,000	,541
23. En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de Prevención es una parte importante de sus funciones	1,000	,406
24. Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción	1,000	,339
25. Los médicos de este centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	1,000	,442
26. Las enfermeras de este centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	1,000	,517
27. Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal de nuestras consultas	1,000	,533
28. Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para los servicios preventivos que necesita mi paciente	1,000	,464
29. Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los pacientes para reducir sus factores de riesgo, yo podría hacer mejor mi trabajo	1,000	,511
30. La mayoría de mis pacientes quieren que se les den servicios de prevención y promoción	1,000	,293
31. Deberíamos integrar las acciones preventivas y de promoción de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos	1,000	,458
32. El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones preventivas y de promoción	1,000	,482
33. Mi centro generalmente realiza acciones preventivas y de promoción de buena calidad	1,000	,436
34. Puede representar un obstáculo: La importancia relativa de las actividades preventivas y de promoción frente a mis otras responsabilidades	1,000	,359
35. Puede representar un obstáculo: El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo estas tareas preventivas y de promoción	1,000	,253
36. Puede representar un obstáculo: La cantidad de tiempo que requieren	1,000	,680
37. Puede representar un obstáculo: La carga de trabajo adicional que requieren	1,000	,717
38. Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud	1,000	,175
39. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera es	1,000	,472
40. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera Gestora de Casos es	1,000	,397
41. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es	1,000	,598
42. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Pediatra es	1,000	,573

43 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Fisioterapeuta es	1,000	,502
44 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Trabajador Social es	1,000	,426
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.		

Tabla 5.13 Comunalidades

Es necesario transformar de algún modo la matriz en otra que permita una interpretación mejor. Este proceso de transformación de la matriz es conocido como la rotación de los factores o soluciones indirectas. La transformación es posible ya que hay infinitas matrices que satisfacen las condiciones del modelo factorial y que se pueden obtener mediante transformaciones lineales. En nuestro estudio se ha empleado una rotación varimax. En la tabla 5.14 puede observarse la nueva matriz de saturaciones y las cargas de los ítems en las 5 dimensiones del cuestionario.

	Componente				
	1	2	3	4	5
16. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia	,837				
15. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipertensión arterial	,836				
19. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antigripal	,836				
17. Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	,836				
12. Donde trabajas debe mejorar la citología de cérvix	,764				
18. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	,752				
22. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se realice actividad física	,650				
21. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable	,645				
14. Donde trabajas debe mejorar el examen mamario	,639				
20. Donde trabajas debe mejorar el consejo sobre el cese del hábito tabáquico	,584				
13. Donde trabajas debe mejorar la mamografía	,537				
41. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es		,756			
42. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Pediatra es		,750			
43 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Fisioterapeuta es		,676			
25. Los médicos de éste centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción		,649			
44 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Trabajador Social es		,648			
39. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera es		,636			
33. Mi centro generalmente realiza acciones preventivas y de promoción de buena calidad		,602			

26. Las enfermeras de éste centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	,600			
23. En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de prevención y promoción es una parte importante de sus funciones	,591			
40. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera Gestora de Casos es	,550			
4. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de hipertensión arterial?		,760		
5. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia?		,731		
10. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable?		,713		
8. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?		,691		
11. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se realice actividad física?		,682		
9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?		,632		
7. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)?		,585		
1. ¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?		,565		
2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?		,549		
6. ¿Cómo de importante consideras las vacunaciones del calendario oficial?		,471		
3. ¿Cómo de importante consideras el examen mamario?		,439		
27. Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal de nuestras consultas			,704	
32. El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones preventivas y de promoción			,628	
31. Deberíamos integrar las acciones preventivas y de promoción de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos			,619	
28. Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para los servicios preventivos y de promoción que necesita mi paciente			,548	
29. Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los pacientes para reducir sus factores de riesgo, yo podría hacer mejor mi trabajo			,533	
30. La mayoría de mis pacientes quieren que se les den servicios de prevención y promoción			,408	
24. Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción			,357	
37. Puede representar un obstáculo: La carga de trabajo adicional que requieren				,811
36. Puede representar un obstáculo: La cantidad de tiempo que requieren				,794
34. Puede representar un obstáculo: La importancia relativa de las actividades preventivas y de promoción frente a mis otras responsabilidades				,546
35. Puede representar un obstáculo: El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo estas tareas preventivas y de promoción				,476
38. Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud				,355

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

**Tabla 5.14 Matriz de componentes rotados del CAPPAP**

Puede observarse que la nueva matriz rotada permite una interpretación de los factores o dimensiones del CAPPAP. Como se puede observar las 5 dimensiones obtenidas corresponden con las previstas en el diseño inicial del cuestionario, posterior a la revisión de la literatura y la consulta a expertos. En la tabla 5.15 se presentan ordenados los ítems de cada dimensión.

Dimensiones del CAPPAP	Denominación	Ítems
Dimensión 1	Necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro	12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22
Dimensión 2	Percepción de la actitud de los profesionales del centro	23, 25, 26, 33, 39, 40, 41, 42, 43, 44
Dimensión 3	Importancia concedida a las actividades de prevención y promoción	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11
Dimensión 4	Oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades preventivas y de promoción	24, 27, 28, 29, 30, 31, 32
Dimensión 5	Obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción	34, 35, 36, 37, 38

Tabla 5.15 Dimensiones del CAPPAP e ítems que los componen

Tras el análisis de los ítems que conforman cada una de las dimensiones y atendiendo a las escala de respuesta de cada una de ellas, definimos a continuación el sentido e interpretación de cada una de las dimensiones del CAPPAP.

- *Dimensión 1 "Mejora". Necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro*, se define como la creencia por parte de los profesionales acerca de la necesidad de mejorar determinadas intervenciones preventivas y de promoción.

A la hora de interpretar las puntuaciones debemos tener en cuenta que una puntuación alta significa una alta necesidad de mejora, ya que cree que es necesario mejorar ciertas intervenciones en su centro.

- *Dimensión 2 "Percepción". Percepción de la actitud de los profesionales del centro*, se define como la creencia que tienen los profesionales acerca de su colectivo, otros colectivos profesionales y del funcionamiento de su centro ante las actividades preventivas y de promoción.

A la hora de interpretar las puntuaciones debemos tener en cuenta que a mayor puntuación una percepción más positiva de la actitud ante las actividades preventivas y de promoción por parte de los profesionales de su centro.

- *Dimensión 3: "Importancia". Importancia concedida a las actividades de prevención y promoción*, se define como la creencia que tiene el profesional acerca del valor que tienen ciertas actividades preventivas y de promoción de la salud.

A la hora de interpretar las puntuaciones debemos tener en cuenta que una puntuación alta significa que el profesional cree muy importante esa actividad.

- *Dimensión 4 "Oportunidades". Oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades preventivas y de promoción*, se define como la intención de conducta que tiene el profesional ante determinadas circunstancias para la realización de actividades preventivas y de promoción.

A la hora de interpretar las puntuaciones debemos tener en cuenta que una puntuación alta significa que el profesional tendría intención de llevar a cabo ciertas conductas en situaciones concretas.

- *Dimensión 5 "Barreras". Obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción*, se definen como factores que dificultan la realización de actividades preventivas y de promoción.

A la hora de interpretar las puntuaciones debemos tener en cuenta que una puntuación alta significa que el profesional piensa que el ítem o aspecto señalado es un obstáculo muy grande.

La versión definitiva del CAPPAP está formado por 44 ítems agrupados en las 5 dimensiones descritas anteriormente, puede consultarse en el Anexo 3.

#### **E) Pruebas basadas en la relación con otras variables:**

Otros modos de comprobar la validez del estudio es demostrando que se relaciona con otros constructos o variables de la forma prevista por la teoría en la que se integra. En nuestro caso se opta por relacionar las actitudes con la percepción del clima organizacional.

##### **E.1 Validez convergente**

Cuando un concepto está medido de forma válida, se espera que dicha medida se relacione de una forma prevista por la teoría con otras variables que constituyen medidas alternativas del mismo concepto, o bien que mantienen una relación conocida con este concepto.

En nuestro caso, como se ha indicado en los apartados anteriores, se elaboraron 8 ítems para medir el constructo "clima organizacional". Con la finalidad de analizar la relación de este constructo con el CAPPAP y sus dimensiones, se procedió a evaluar las características psicométricas de los ítems diseñados para tal fin.

Para ello se realizó un análisis factorial exploratorio, siguiendo el mismo proceso que se utilizó para el análisis del CAPPAP. En la tabla 5.16 se puede observar que los 8 ítems sobre

percepción del clima organizacional se agrupan en 2 componentes o dimensiones de 4 ítems cada uno.

	Componente	
	1	2
-El Sistema Sanitario Público se esfuerza en ayudar a mejorar tus actividades preventivas y de promoción	,885	
-El Sistema Sanitario Público se preocupa de mejorar las actividades de Prevención y promoción para sus profesionales	,878	
-El Sistema Sanitario Público está interesado en mejorar la calidad de la atención prestada por sus profesionales en actividades de Prevención y promoción	,832	
-La dirección de mi Área de Atención primaria está comprometida con la mejora de la calidad de las actividades de Prevención y promoción	,650	
-Como de satisfecho estás con tu centro como lugar para trabajar estas actividades de Prevención y promoción		,847
-Como de satisfecho estás con la forma en la que se prestan actualmente las actividades preventivas y de promoción en tu centro		,836
-Como de satisfecho estás con tu rol de trabajo con estas actividades de Prevención y promoción (en tu centro)		,774
-El enfoque de las actividades de Prevención y promoción en nuestro centro es suficientemente bueno		,597

Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser. a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

**Tabla 5.16 Matriz de componentes rotados para los ítems de percepción del clima organizacional**

El análisis de la agrupación de los ítems permite definir dos dimensiones, la primera que denominaremos “Percepción de la gestión de actividades preventivas y de promoción a nivel macro” y la segunda “Percepción de la gestión de actividades preventivas y de promoción a nivel micro”. En la tabla 5.17 se muestran los resultados del análisis de fiabilidad para las dos dimensiones y el constructo de forma global.

Dimensión	Alfa Cronbach	N elementos
Percepción de la gestión de actividades preventivas y de promoción a nivel macro	0.862	4
Percepción de la gestión de actividades preventivas y de promoción a nivel micro	0,800	4
Global clima organizacional	0,856	8

**Tabla 5.17 Resultados del alfa de Cronbach para las dimensiones y constructo percepción del clima organizacional**

Los resultados obtenidos permiten la utilización del constructo “percepción del clima organizacional” como variable para el estudio de la validez convergente del CAPPAP. Para ello se realizó un análisis de correlación de Pearson entre el CAPPAP y sus 5 dimensiones y el constructo clima organizacional.

En la tabla 5.18 se muestran los resultados obtenidos. Los resultados en global permiten afirmar que hay una buena validez concurrente entre el CAPPAP y la “Percepción del clima organizacional”.

		Mejora	Percepción	Importancia	Oportunidades	Barreras	CAPPAP
<b>Micro</b>	Coefficiente	-0,009	,494**	,218**	0,195**	0,162**	0,315**
	Valor P	0,882	0,000	0,000	0,001	0,007	0,000
	N	258	241	267	273	273	219
<b>Macro</b>	Coefficiente	0,051	0,359**	0,232**	0,268**	0,047	0,339**
	Valor P	0,418	0,000	0,000	0,000	0,444	0,000
	N	257	241	267	273	272	219
<b>Clima organizacional</b>	Coefficiente	0,028	0,486**	0,262**	0,273**	0,113	0,382**
	Valor P	0,651	0,000	0,000	0,000	0,063	0,000
	N	256	240	265	271	271	218

\*\* Existe asociación estadísticamente significativa

**Tabla 5.18 Resultados de la correlación de Pearson entre las dimensiones del CAPPAP y dimensiones y constructo percepción del clima organizacional**

En general, la correlación entre las dimensiones y la puntuación global del CAPPAP con las 2 dimensiones y la puntuación global del Clima organizacional es adecuada. Las correlaciones son entre moderadas y buenas, sobre todo para la dimensión “percepción”. Se puede observar que solo la dimensión 1 “Necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro” no correlaciona con la percepción del clima organizacional. Mientras que la dimensión 5 “Obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción” no correlaciona con la dimensión “Percepción de la gestión de actividades preventivas y de promoción a nivel macro” ni con la percepción del clima organizacional global.

### E.2 Validez discriminante

Se calculó la validez discriminante entre las dimensiones que evalúa el cuestionario CAPPAP. Para ello se ha realizado una correlación de Pearson entre las puntuaciones de las 5 dimensiones. Los resultados se presentan en la tabla 5.19 mostrando una buena validez discriminante.

		Mejora	Percepción	Importancia	Oportunidades
<b>Percepción</b>	Correlación de Pearson	,104			
	Sig. (bilateral)	,115			
	N	229	242		
<b>Importancia</b>	Correlación de Pearson	,168**	,317**		
	Sig. (bilateral)	,007	,000		
	N	255	235	271	
<b>Oportunidades</b>	Correlación de Pearson	,224**	,390**	,304**	
	Sig. (bilateral)	,000	,000	,000	
	N	255	240	267	276
<b>Barreras</b>	Correlación de Pearson	,177**	,129	,058	,165**
	Sig. (bilateral)	,005	,046	,344	,006
	N	255	239	264	270

\*\* Existe asociación estadísticamente significativa

**Tabla 5.19 Resultados de la correlación de Pearson entre las dimensiones del CAPPAP y dimensiones y constructo percepción del clima organizacional**

Como se puede observar de las diez correlaciones comparadas prácticamente todas (7) no presentan relación o tienen una relación muy baja entre ellas. Solo 3 presentan valores superiores a 0,30 e inferiores 0,39, observándose esta relación entre la dimensión 2 “Percepción de la actitud de los profesionales del centro” con la dimensión 3 “Importancia concedida a las actividades de prevención y promoción” y con la dimensión 4 “Oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades preventivas y de promoción”, y a su vez entre las dimensiones 3 y 4.

## 5.2 Segunda parte: perfil sociodemográfico y actitud de las enfermeras y médicos de Atención Primaria ante actividades preventivas y de promoción.

Tras el análisis psicométrico del CAPPAP y demostrada la fiabilidad y validez del mismo se procedió a la evaluación de la actitud de las enfermeras y médicos que respondieron al mismo. Por tanto se analizaron los datos obtenidos en la encuesta a los 282 profesionales del Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA). Los análisis estadísticos empleados han sido descritos en el apartado 4.2 del Material y Método.

A continuación se presentan los resultados del análisis de los datos obtenidos de los sujetos encuestados. Para facilitar su lectura la información se ha dividido en 3 partes, la primera parte referida a la descripción de las variables sociodemográficas, la segunda parte en la que se muestran los resultados de las variables profesionales y por último, la tercera parte que presenta los resultados del análisis del CAPPAP y donde se responde a los objetivos propuestos en el estudio.

Así mismo se hace necesario aclarar que los valores que aparecen en negrita en las tablas son para señalar que existe asociación estadística.

### 5.2.1 Resultados de las variables sociodemográficas

#### 5.2.1.1. Variable sexo

Como se puede observar en la tabla 5.20 la distribución del sexo entre los profesionales encuestados es de un 40,3 para los hombres y un 59,7 para las mujeres, existiendo un 19,4% de diferencia.

	n	%
<b>Hombre</b>	112	40,3
<b>Mujer</b>	166	59,7
<b>Total</b>	278	100,0

Tabla 5.20 Distribución variable sexo

#### 5.2.1.2. Variable edad

La edad media de los profesionales encuestados (N=280) es de 42,3 años con una desviación típica de  $\pm 8,49$ . La edad mínima es de 21 años y la máxima de 60 años. En el histograma y el diagrama de caja representados en las figuras 5.2 y 5.3 podemos observar cierta asimetría en la distribución de la edad hacia los valores más altos. A pesar de ello no hay valores outliers y la mediana es de 43 años, valor muy próximo a la media.

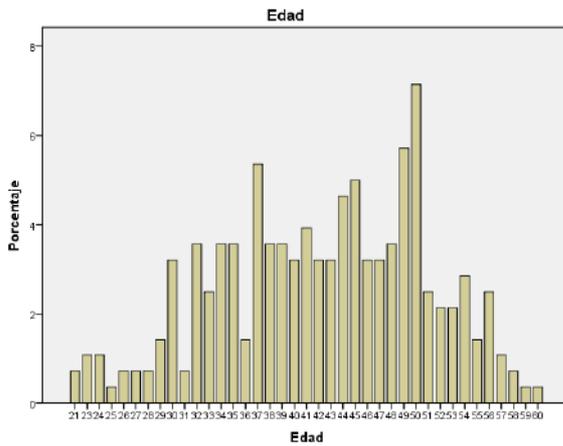


Figura 5.2 Histograma de la distribución de la edad

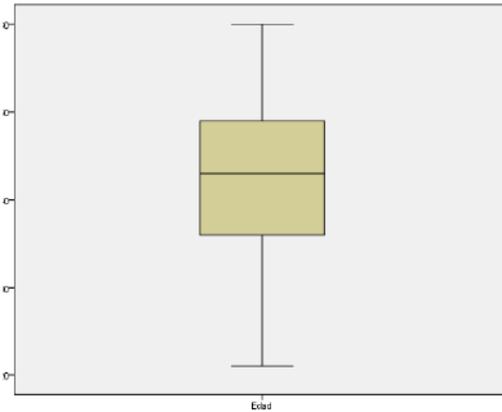


Figura 5.3 Gráfico de caja de la edad

Debido a la distribución de la variable edad y para facilitar análisis posteriores se decide agrupar los datos por décadas quedando como se muestra a continuación:

Edad	N	%
21 a 30	28	10,0
31 a 40	87	31,1
41 a 50	120	42,9
más de 50	45	16,1
Total	280	100,0

Tabla 5.21 Distribución de la edad agrupada

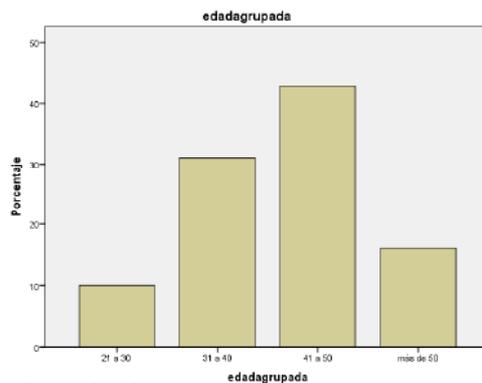


Figura 5.4 Gráfico de barras distribución edad agrupada

La edad según el sexo se distribuye de manera similar en ambas categorías (Tabla 5.22), observándose una diferencia de medias de 1,44 años, sin significación estadística ( $p = 0,165$ ).

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Mediana
Edad	Hombre	111	43,30	7,677	44
	Mujer	165	41,86	8,854	42

Tabla 5.22 Edad media según variable sexo

Como se puede apreciar en el diagrama de caja de la figura 5.5, no hay casos extremos en ambos sexos. En los hombres la edad está más agrupada y la mediana es mayor que en las mujeres. Por su parte, en las mujeres la edad de los sujetos está ligeramente desplazada hacia edades menores respecto a los hombres.

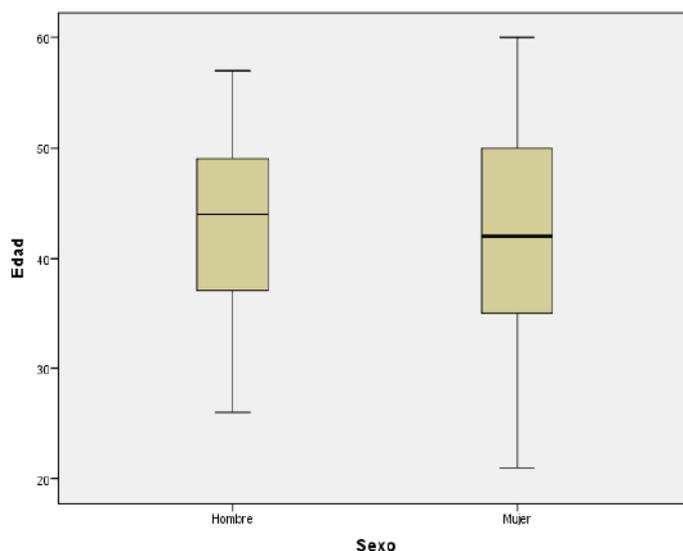


Figura 5.5 Gráfico de caja de la edad según sexo

En la tabla 5.23 se puede observar la distribución de los rangos de edad y el sexo. En hombres el rango de 41 a 50 años es el que más profesionales de la muestra estudiada comprende (48.6%). En el grupo de mujeres, este rango de edad es el que mayor casos presenta (38.8%) aunque con una diferencia de un 10% respecto a los hombres.

			Edad agrupada				Total
			21 a 30	31 a 40	41 a 50	más de 50	
Sexo	Hombre	N	5	35	54	17	111
		% Sexo	4,5%	31,5%	48,6%	15,3%	100%
		% edadagrupada	19,2%	40,2%	45,8%	37,8%	40,2%
		Residuos corregidos	-2,3	,0	1,6	-,4	
	Mujer	N	21	52	64	28	165
		% Sexo	12,7%	31,5%	38,8%	17,0%	100%
		% edadagrupada	80,8%	59,8%	54,2%	62,2%	59,8%
		Residuos corregidos	2,3	,0	-1,6	,4	
Total		N	26	87	118	45	276
		% dentro de Sexo	9,4%	31,5%	42,8%	16,3%	100%
		% edadagrupada	100%	100%	100%	100%	100%

Tabla 5.23 Edad agrupada según variable sexo

En el análisis de la tabla por categorías de edad, se observa que en la categoría de rango inferior, edades entre 21 y 30, la distribución de casos es muy superior en las mujeres (80,8% frente 19,2%). A pesar de las diferencias encontradas en la distribución de la edad por sexo, las diferencias no son estadísticamente significativas, como se observa en la prueba chi-cuadrado de Pearson =6,38; gl=3; p=0,094.

## 5.2.2 Resultados de las variables profesionales

### 5.2.2.1 Variable provincia

Como se puede observar en la tabla 5.24 y figura 5.6 la distribución de respuestas por provincias andaluzas en las que se distribuyó el cuestionario oscila entre 0,4% de Cádiz y el 44,3% de Málaga, existiendo un 43,9% de diferencia.

Provincia	N	%
Almería	6	2,1
Cádiz	1	,4
Córdoba	46	16,3
Granada	15	5,3
Huelva	3	1,1
Jaén	81	28,7
Málaga	125	44,3
Sevilla	5	1,8

Tabla 5.24 Distribución profesionales por provincias

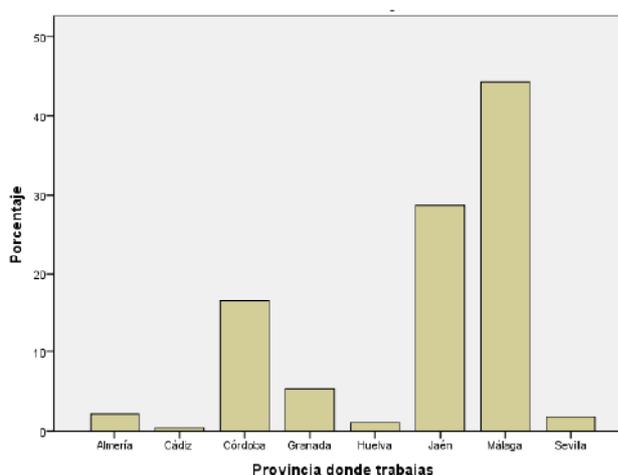


Figura 5.6 Gráfico de barras de la distribución de los profesionales por provincias

Se puede observar que las provincias mejor representadas en el estudio son Málaga, Jaén y Córdoba, con un 44,3%, 28,7% y 16,3% respectivamente.

### 5.2.2.2 Variable ubicación del centro de trabajo

Como se puede observar en la tabla 5.25 la distribución del centro de trabajo entre los profesionales encuestados es de un 31,9% para núcleos de población de menos de 10.000 habitantes (rurales) y un 68,1% para centros de población mayores de 10.000 habitantes (urbanos), existiendo un 36,2% de diferencia.

Ubicación del centro	N	%
Menor de 10.000 hab (Rural)	90	31,9
Mayor de 10.000 hab (Urbano)	192	68,1

Tabla 5.25 Distribución profesionales según ubicación del centro de trabajo

### 5.2.2.3 Variable categoría profesional

Como se muestra en la tabla 5.26 la distribución de los profesionales encuestados es de un 60.6% de enfermeras y un 39.4% de médicos.

Categoría profesional	N	%
Enfermera	171	60,6
Médico	110	39,4
<b>Total</b>	<b>281</b>	<b>100</b>

Tabla 5.26 Distribución profesionales según categoría profesional

### 5.2.2.4 Variable situación laboral (tipo de contrato)

En la tabla 5.27 se muestra la distribución del tipo de contrato de los 282 profesionales encuestados. Se observa que el tipo de contrato más frecuente es el estatutario, con más de la mitad del total de los profesionales. Le siguen en orden descendente interinos distintos a dispositivos de apoyo, dispositivos de apoyo y eventuales.

Situación laboral	N	%
Estatutario	157	55,7
Dispositivo de Apoyo Interino	34	12,1
Interino distinto a dispositivo de apoyo	53	18,8
Eventual	38	13,5
<b>Total</b>	<b>282</b>	<b>100</b>

Tabla 5.27 Distribución tipo de contrato

### 5.2.2.5 Variable años desde la obtención de la titulación:

La media de años desde la obtención de la titulación es de 22,97 (dt=8,90) con una mediana de 23 años. En la figura 5.7 se muestra una distribución bastante simétrica con un rango que va desde 4 hasta 43 años.

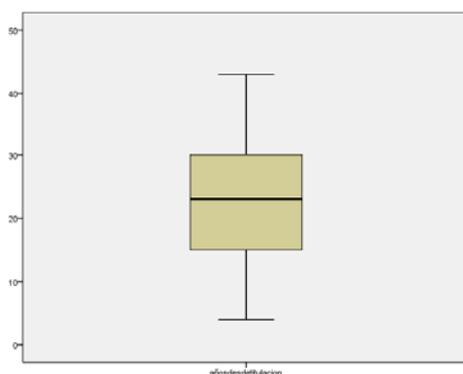


Figura 5.7 Gráfico de caja de los años desde la obtención del título

Para facilitar el análisis e interpretación de los datos se decide agrupar la variable años desde la obtención de la titulación en tres subgrupos que guardaran cierta homogeneidad entre sí. El primero con profesionales que se titularon hace 14 años o menos, el segundo grupo de profesionales con titulados entre 15 y 30 años y el último grupo que se refiere a los profesionales que tienen la titulación hace 31 años o más.

Años desde la obtención		N	%
Años	menor o igual a 14	57	21,0
	15 a 30	152	55,9
	31 o más	63	23,2
	Total	272	100,0

Tabla 5.28 Distribución años desde titulación agrupados

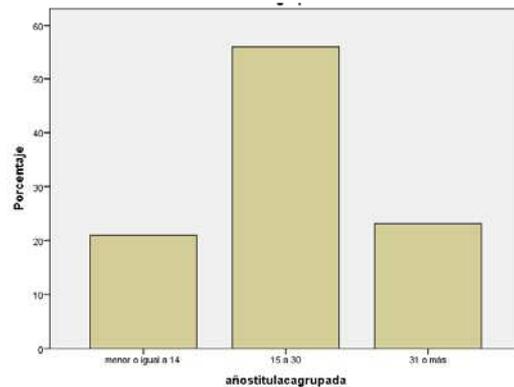


Figura 5.8 Gráfico barras años desde titulación agrupados

Como se muestra en la tabla 5.28 y la figura 5.8 podemos observar que los profesionales que obtuvieron la titulación entre 15 y 30 años representan un 55,9% del total. La distribución de las otras dos categorías está bastante equilibrada con resultados entre el 21 y 23% de sujetos

#### 5.2.2.6 Variable años de trabajo en la Zona Básica de Salud (ZBS)

La media de años trabajados en la ZBS es de 7,45 (dt=6,74) con una mediana de 4 años. En la figura 5.9 se muestra una distribución bastante asimétrica, como se podría prever por la diferencia entre los valores de la media y la mediana. Ésto se debe a la asimetría izquierda de la distribución, donde el 50% de los casos presentan valores inferiores a 4 años de experiencia.

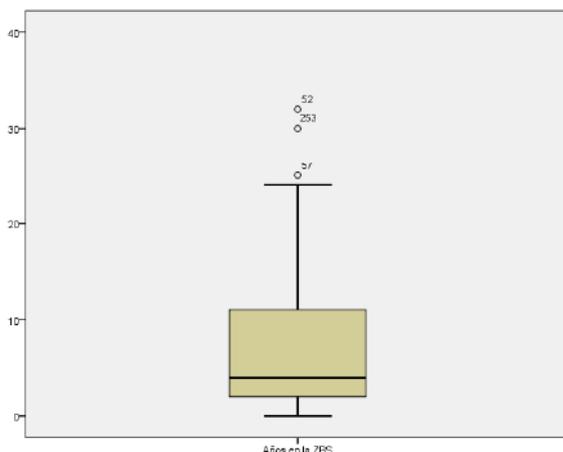


Figura 5.9 Gráfico de caja de los años de trabajo en ZBS

El otro 50% de casos tiene una distribución mucho más dispersa con un rango que va desde 4 años hasta 25 años, y con 3 outlier, 2 de ellos con más de 30 años de experiencia.

La representación gráfica a través de un gráfico de barras (figura 5.10) confirma los datos observados en el gráfico anterior.

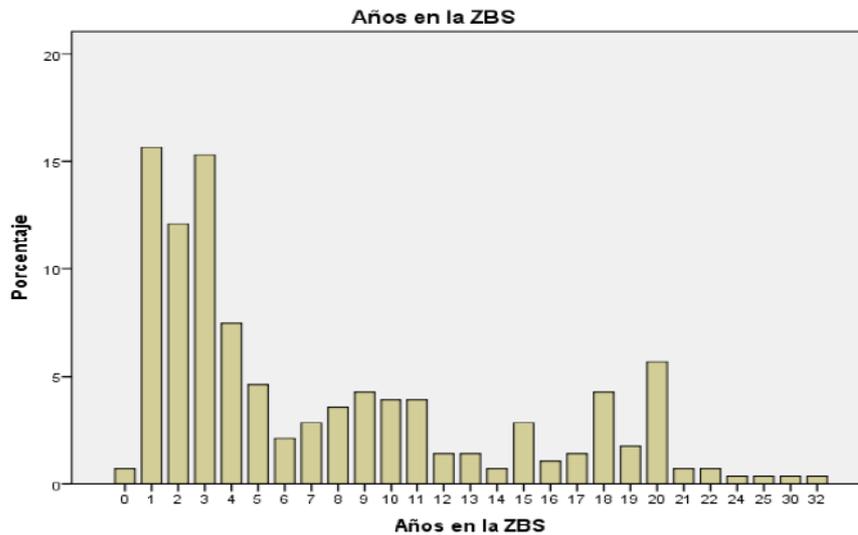


Figura 5.10 Gráfico barras de los años de trabajo en ZBS

Para facilitar el análisis e interpretación de los datos se decide agrupar la variable años de trabajo en ZBS en tres subgrupos que guardaran cierta homogeneidad entre sí. El primero con profesionales con poca experiencia laboral (menos de 5 años de trabajo), el segundo grupo de profesionales con amplia experiencia (entre 6 y 15 años) y el último grupo que se refiere a los profesionales de madurez en el sistema ya que tienen 16 años o más.

Años trabajo AP		N	%
Años	menor de 5	157	55,9
	6 a 15	76	27,0
	16 o más	48	17,1
	Total	281	100,0

Tabla 5.29 Distribución años de trabajo en ZBS agrupados

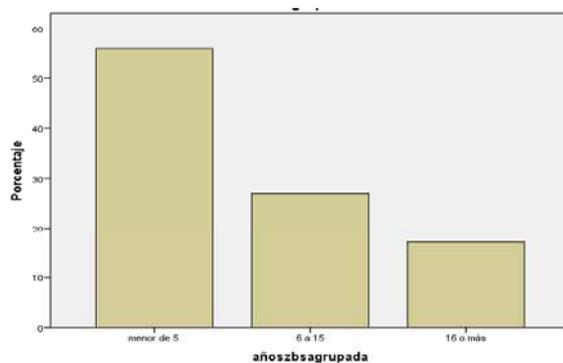


Figura 5.11 Gráfico barras años de trabajo en ZBS agrupados

Como se muestra en la tabla 5.29 y la figura 5.11 podemos observar como los profesionales que llevan menos de 5 años en la ZBS representan un 55,9% del total de profesionales de nuestra muestra, siendo tan solo un 17,1% el porcentaje de profesionales que llevan 16 años o más.

#### 5.2.2.7 Variable total de años trabajados en Atención Primaria

La media de años trabajados en Atención Primaria es de 12,01 (dt=8,07) con una mediana de 11 años. En la figura 5.12 se muestra una distribución con cierta asimetría izquierda. Así se observa que un 50% de sujetos tenga una experiencia en AP entre 0 y 11 años mientras que el otro 50% tiene un rango más amplio con una experiencia entre 11 y 32 años.

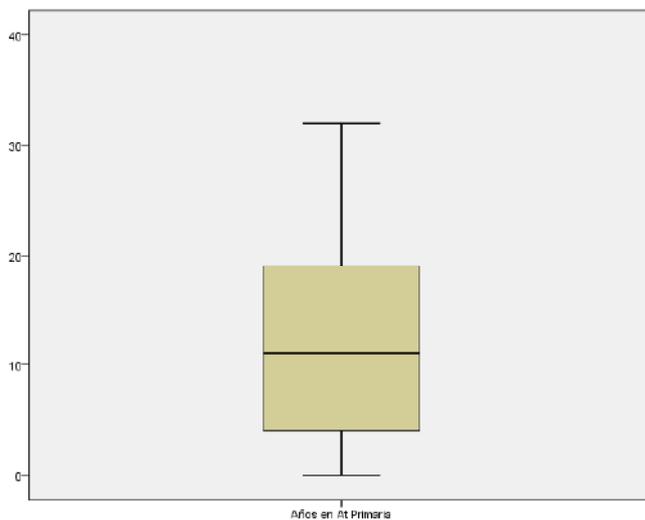


Figura 5.12 Gráfico de caja de los años de trabajo en Atención Primaria

Para facilitar el análisis e interpretación de los datos se decide agrupar la variable años de trabajo en Atención Primaria en cinco subgrupos que guardaran cierta homogeneidad entre sí, organizados del siguiente modo: profesionales con menos de 5 años de experiencia, profesionales con experiencia entre 6 y 10 años, entre 11 y 15 años, entre 16 a 20 años y más de 21 años.

Años atención primaria	N	%
0 a 5	88	31,2
6 a 10	47	16,7
11 a 15	46	16,3
16 a 20	51	18,1
igual o mayor de 21	50	17,7
<b>Total</b>	<b>282</b>	<b>100,0</b>

Tabla 5.30 Distribución años de trabajo en AP agrupados

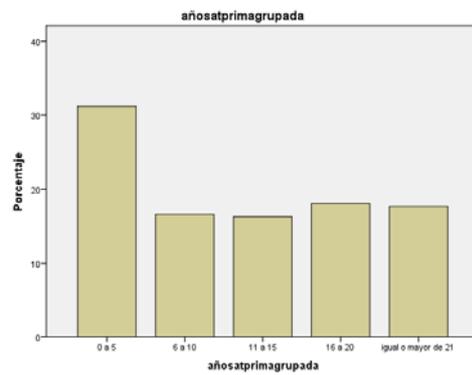


Figura 5.13 Gráfico barras años trabajo en AP agrupados

En la tabla 5.30 y la figura 5.13 puede apreciarse que el mayor porcentaje de sujetos de nuestra muestra y sus años trabajados se encuentra entre el rango de 0 y 5 años, quedando el resto de intervalos (cada 5 años) entre un 16 y un 18%.

#### 5.2.2.8 Variable total de años trabajados en Atención Hospitalaria

La media de años trabajados en Atención Hospitalaria (AH) es de 5,41 (dt=7,64) con una mediana de 2 años. En la figura 5.14 se muestra una distribución bastante asimétrica, como se podría prever por la diferencia entre los valores de la media y la mediana. Esto se debe a la asimetría izquierda de la distribución, donde el 50% de los casos presentan valores inferiores entre 0 y 2 años de experiencia. El otro 50% de casos tiene una experiencia en Atención Hospitalaria con un rango muy amplio desde 2 hasta 18 años. Además se observan 17 casos outliers que hacen que la media sea excesivamente alta.

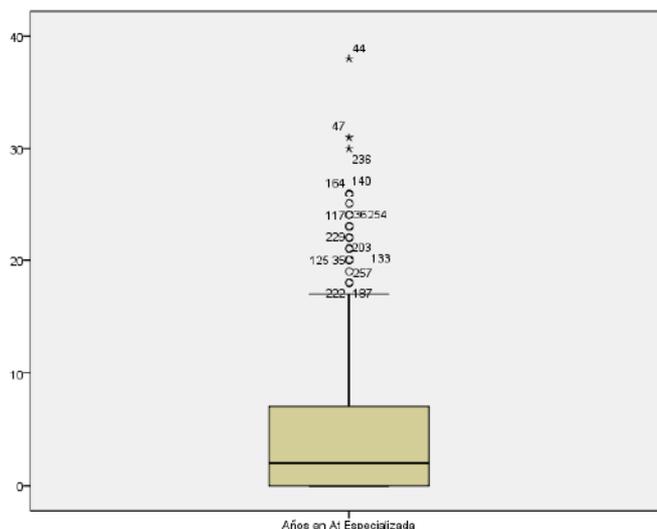


Figura 5.14 Gráfico de caja de los años de trabajo en Atención Hospitalaria

Para facilitar el análisis e interpretación de los datos se decide agrupar la variable años de trabajo en Atención Hospitalaria en tres subgrupos que guardaran cierta homogeneidad entre sí. El primero con profesionales con poca experiencia laboral (menos de 5 años de trabajo), el segundo grupo de profesionales con amplia experiencia entre 6 y 15 años, y el último grupo que tienen 16 años, es decir con extensa experiencia en hospitalaria.

Años en Atención Hospitalaria	N	%
menos de 5	173	70,3
6 a 15	39	15,9
16 o más	34	13,8
<b>Total</b>	<b>246</b>	<b>100,0</b>

Tabla 5.31 Distribución años de trabajo en AH agrupados

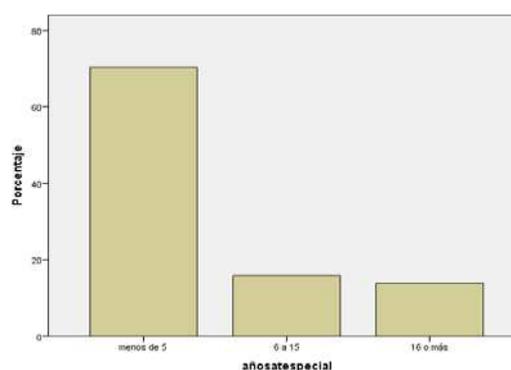


Figura 5.15 Gráfico barras años trabajo en AH agrupados

En la tabla 5.31 y la figura 5.15 puede apreciarse que el mayor porcentaje de sujetos de nuestra muestra y sus años trabajados se encuentra entre el rango de 0 y 5 años, quedando el resto de intervalos entre un 16 y un 13,8%.

#### 5.2.2.9 Formación de los profesionales en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años

Un 63,1% (N=178) de los profesionales encuestados dicen haberse formado en Prevención y Promoción de la salud en los últimos 5 años. Un 42,9% (N=75) de estos lo ha hecho en una Universidad o en la Escuela de Salud Pública.

En la tabla 5.32 se muestran las horas de formación de estos 178 profesionales. La opción mayoritaria es de formación total inferior a 40 horas.

Horas formación	N	%
menos de 40	79	54,1
41 a 150	44	30,1
más de 150	23	15,8

Tabla 5.32 Distribución años de trabajo en AH

### 5.2.2.10 Nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud:

Como nos muestra la tabla 5.33 y figura 5.16 el mayor porcentaje de los profesionales de nuestra muestra (54%) indican que poseen los conocimientos pero le faltan destrezas en prevención y promoción de la salud, frente al 9.1% que nos indican que poseen las destrezas pero no los conocimientos.

Nivel conocimientos y destrezas	N	%
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

Tabla 5.33 Distribución nivel de conocimientos y destrezas

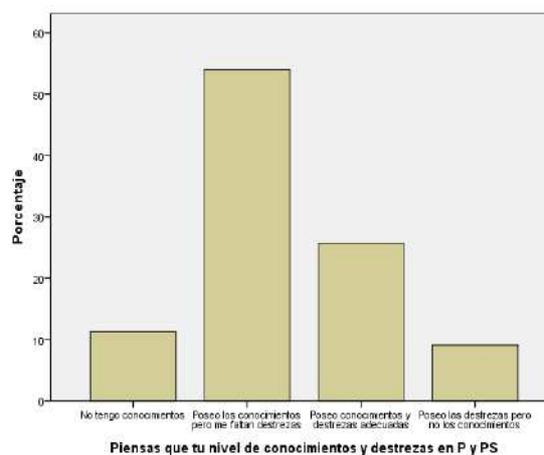


Figura 5.16 Gráfico barras nivel de conocimientos y destrezas

### 5.2.2.11 Necesidad de que se oferten actividades de formación en prevención y promoción de salud

Prácticamente el total de los profesionales encuestados un 97.9% (N=276) consideran que sí es necesario que se oferten actividades de formación en prevención y promoción de salud.

### 5.2.2.12. Oferta formativa en tu Área sanitaria o Distrito

En la tabla 5.34 se muestra la opinión de los profesionales sobre la oferta formativa en prevención y promoción de la salud en el área sanitario o distrito. El mayor porcentaje de profesionales piensa que la oferta formativa es insuficiente.

Oferta formativa	N	%
Nula	10	3,6
Insuficiente	176	63,3
Adecuada	90	32,4
Excesiva	2	,7

Tabla 5.34 Distribución oferta formativa en el área o distrito

### 5.2.2.13 Realización de actividades preventivas y de promoción planificadas en el último año

Un 67,5% (N=189) de los profesionales entrevistados indica que ha realizado en el último año actividades preventivas y de promoción planificadas.

### 5.2.2.14 Variable tipo de actividad preventiva o de promoción

Como podemos ver en la tabla 5.35 y figura 5.17, la actividad realizada más frecuentemente es la educación para la salud (EpS), principalmente la grupal con un 62.8% y seguida por la individual con un 32.2%.

Tipo actividad	N	%
Educación para la salud grupal	115	62,8
Educación para la salud individual	59	32,2
Intervenciones en prensa, radio o televisión	1	0,5
Otras intervenciones comunitarias	4	2,2
Screening o cribado	4	2,2

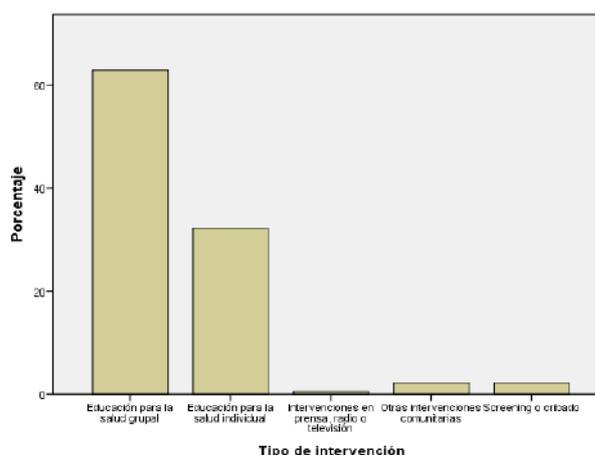


Tabla 5.35 Distribución del tipo de actividad

Figura 5.17 Gráfico barras del tipo de actividad

### 5.2.2.15 Población a la que se dirige la intervención:

Como podemos ver en la tabla 5.36 y figura 5.18, el tipo de población al que se le realizaban actividades más frecuentemente eran las personas diabéticas (58.4%) seguido de ancianos (10.3%).

Población	N	%
Diabéticos	108	58,4
Ancianos	19	10,3
Jóvenes	15	8,1
Población general	13	7,0
Tabaquismo	8	4,3
Personas obesas	5	2,7
Niños	5	2,7
Cuidadoras informales	4	2,2
Embarazadas	3	1,6
Hipertensos	2	1,1
Colectivos marginales	2	1,1
Otros	1	,5

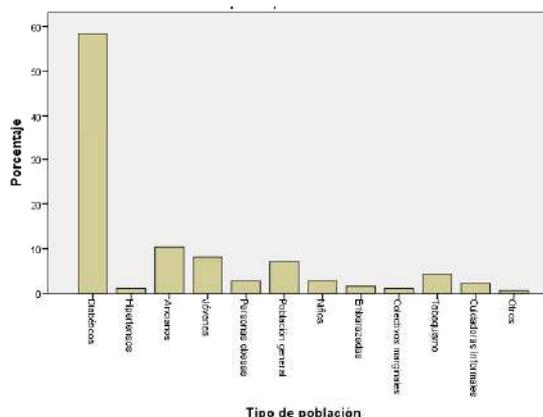


Tabla 5.36 Distribución población a la que se dirige

Figura 5.18 Gráfico barras población a la que se dirige

### 5.2.3 Resultados de la comparación entre variables sociodemográficas y profesionales

Para una mejor caracterización de la muestra estudiada y el posterior análisis de la actitud ante la prevención y promoción de la salud se realizó un análisis del perfil de los profesionales a partir de las variables de interés para los objetivos del estudio, a saber: categoría profesional, ubicación del centro de trabajo, situación laboral (tipo de contrato), experiencia profesional en atención primaria y nivel de conocimientos en prevención y promoción de la salud.

En definitiva se realizó un análisis comparativo de las variables mencionadas según la relación con las siguientes variables: edad, sexo, categoría profesional, ubicación del centro de salud, situación laboral, años desde la obtención de la titulación, años en la zona básica de salud, total años en atención primaria, años en atención hospitalaria, nivel de conocimientos autodeclarado en prevención y promoción, formación en prevención y promoción de salud, realización de actividades planificadas en el último año y oferta formativa en el área de salud o distrito.

#### 5.2.3.1 Perfil de los profesionales según categoría profesional: Médico y Enfermera

##### 5.2.3.1.1 Variable categoría profesional y edad

La edad media de las enfermeras es de 41,37 (dt=8,6) mientras que la edad media en los médico es de 43,80 (dt=8,01) años.

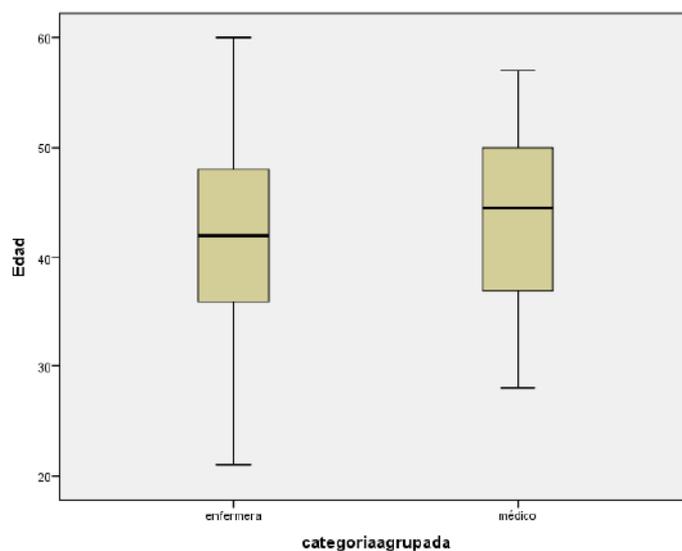


Figura 5.19 Gráfico de caja edad según categoría profesional

Como se observa en la figura 5.19 la distribución de la edad en las enfermeras es más dispersa que en los médicos, también la mediana es más alta en los médicos.

En la tabla 5.37 se muestra que tanto médicos como enfermeras se distribuyen principalmente en el grupo de edad entre 41 y 50 años seguido del grupo entre 32 y 40 años. En el grupo de más de 50 años la proporción de médicos es superior al de enfermeras un 21,8% frente al 12,4%. Sin embargo, los resultados de la prueba Chi-cuadrado= 5,78; gl= 3; p= 0,123, muestran que no existe asociación estadística entre la categoría y la edad.

Categoría profesional		edad				Total
		21 a 30	31 a 40	41 a 50	más de 50	
enfermera	N	20	56	72	21	169
	% categoría	11,8%	33,1%	42,6%	12,4%	100%
	% edad	71,4%	65,1%	60,0%	46,7%	60,6%
	Residuos corregidos	1,2	1,0	-,2	-,2,1	
médico	N	8	30	48	24	110
	% categoría	7,3%	27,3%	43,6%	21,8%	100%
	% edad	28,6%	34,9%	40,0%	53,3%	39,4%
	Residuos corregidos	-1,2	-1,0	,2	2,1	
Total	N	28	86	120	45	279
	% categoría	10,0%	30,8%	43,0%	16,1%	100%
	% edad	100%	100%	100%	100,	100%

Tabla 5.37 Edad agrupada según categoría profesional

#### 5.2.3.1.2 Categoría profesional y variable sexo

En la tabla 5.38 se observa que tanto para la categoría médico como enfermera la proporción mayoritaria es mujer con 62.9% y un 54.5% respectivamente. La prueba Chi-cuadrado de Pearson= 1,91; gl=1; p=0,167 muestra no existe asociación estadística entre ambas variables.

Categoría profesional		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
enfermera	N	62	105	167
	% categoría	37,1%	62,9%	100%
	Residuos corregidos	-1,4	1,4	
médico	N	50	60	110
	% categoría	45,5%	54,5%	100%
	Residuos corregidos	1,4	-1,4	
Total	N	112	165	277
	% dentro de categoría	40,4%	59,6%	100%

Tabla 5.38 Edad agrupada según categoría profesional

## 5.2.3.1.3 Categoría profesional y ubicación del centro de salud

Como se muestra en la tabla 5.39 alrededor del 68% de médicos y casi el mismo porcentaje de enfermeras, se encuentran en centros mayores de 10.000 habitantes, es decir en zonas urbanas. Como era previsible la prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 0,004; gl=1; p= 0,952) muestra que no hay asociación entre ambas variables.

Categoría profesional		Ubicación del Centro de Salud o Consultorio		Total
		Menor de 10.000 hab	Mayor de 10.000 hab	
enfermera	N	55	116	171
	% categoría agrupada	32,2%	67,8%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	61,1%	60,7%	60,9%
	% del total	19,6%	41,3%	60,9%
	Residuos corregidos	,1	-,1	
médico	N	35	75	110
	% categoría agrupada	31,8%	68,2%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	38,9%	39,3%	39,1%
	% del total	12,5%	26,7%	39,1%
	Residuos corregidos	-,1	,1	
Total	N	90	191	281
	% categoría agrupada	32,0%	68,0%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	100,0%	100,0%	100%
	% del total	32,0%	68,0%	100%

Tabla 5.39 Ubicación del centro de salud según categoría profesional

## 5.2.3.1.4 Categoría profesional y situación laboral (tipo de contrato)

En la tabla 5.40 se observa que el tipo de contrato mayor tanto en los médicos como en las enfermeras es el estatutario con un 48,2% y un 60,8% respectivamente. Como se puede valorar el porcentaje es sensiblemente mayor entre las enfermeras. Sin embargo la prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 4,500; gl=3; p= 0,212) muestra que la diferencia hallada no es estadísticamente significativa.

Categoría profesional		Tipo de contrato				Total
		Estatutario	Dispositivo de Apoyo Interino	Interino distinto a dispositivo de apoyo	Eventual	
enfermera	N	104	18	28	21	171
	% categoría agrupada	60,8%	10,5%	16,4%	12,3%	100%

	% Tipo de contrato	66,2%	52,9%	52,8%	56,8%	60,9%
	% del total	37,0%	6,4%	10,0%	7,5%	60,9%
	Residuos corregidos	2,1	-1,0	-1,3	-,5	
<b>médico</b>	N	53	16	25	16	110
	% categoría agrupada	48,2%	14,5%	22,7%	14,5%	100%
	% Tipo de contrato	33,8%	47,1%	47,2%	43,2%	39,1%
	% del total	18,9%	5,7%	8,9%	5,7%	39,1%
	Residuos corregidos	-2,1	1,0	1,3	,5	
<b>Total</b>	N	157	34	53	37	281
	% categoría agrupada	55,9%	12,1%	18,9%	13,2%	100%
	% Tipo de contrato	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	55,9%	12,1%	18,9%	13,2%	100%

Tabla 5.40 Situación laboral según categoría profesional

## 5.2.3.1.5 Categoría profesional y años desde la titulación

En la tabla 5.41 se observa que tanto en médicos como enfermeras la proporción mayoritaria de sujetos obtuvieron la titulación entre 15 y 30 años. Aunque el porcentaje es algo mayor en las enfermeras la prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 2,776; gl=2; p= 0,250) muestra que las diferencias no son estadísticamente significativas.

Categoría profesional		Años titulación			Total
		menor o igual a 14	15 a 30	31 o más	
<b>enfermera</b>	N	30	98	37	165
	% categoría agrupada	18,2%	59,4%	22,4%	100%
	% añostitulacagrupada	52,6%	64,9%	58,7%	60,9%
	% del total	11,1%	36,2%	13,7%	60,9%
	Residuos corregidos	-1,4	1,5	-,4	
<b>médico</b>	N	27	53	26	106
	% categoría agrupada	25,5%	50,0%	24,5%	100%
	% añostitulacagrupada	47,4%	35,1%	41,3%	39,1%
	% del total	10,0%	19,6%	9,6%	39,1%
	Residuos corregidos	1,4	-1,5	,4	
<b>Total</b>	N	57	151	63	271
	% categoría agrupada	21,0%	55,7%	23,2%	100%
	% añostitulacagrupada	100%	100%	100%	100%
	% del total	21,0%	55,7%	23,2%	100%

Tabla 5.41 Años obtención de la titulación según categoría profesional

## 5.2.3.1.6 Categoría profesional y años en la Zona Básica de Salud (ZBS)

En la tabla 5.42 se observa que tanto médicos como enfermeras mayoritariamente tienen menos de 5 años de experiencia en la ZBS con porcentajes muy similares (56% y 55,6% respectivamente), a continuación le siguen quienes tienen entre 6 y 15 años de experiencia en la ZBS en ambas categorías. La prueba Chi-cuadrado de Pearson confirma la igualdad de los resultados entre ambas variables (valor = 3,004; gl=2; p= 0,223).

Categoría profesional		años ZBS agrupada			Total
		menor de 5	6 a 15	16 o más	
enfermera	N	95	42	34	171
	% categoría agrupada	55,6%	24,6%	19,9%	100%
	% años zbs agrupada	60,9%	55,3%	70,8%	61,1%
	% del total	33,9%	15,0%	12,1%	61,1%
	Residuos corregidos	-,1	-1,2	1,5	
médico	N	61	34	14	109
	% categoría agrupada	56,0%	31,2%	12,8%	100%
	% años zbs agrupada	39,1%	44,7%	29,2%	38,9%
	% del total	21,8%	12,1%	5,0%	38,9%
	Residuos corregidos	,1	1,2	-1,5	
Total	N	156	76	48	280
	% categoría agrupada	55,7%	27,1%	17,1%	100%
	% años zbs agrupada	100%	100%	100%	100%
	% del total	55,7%	27,1%	17,1%	100%

Tabla 5.42 Años en la ZBS según categoría profesional

## 5.2.3.1.7 Categoría profesional y años en Atención Primaria (AP)

En la tabla 5.43 se observa la distribución de los años de experiencia laboral en AP según la categoría laboral. En las enfermeras la categoría con mayor proporción de sujetos con un 37,4% es la que tienen entre 0 y 5 años de experiencia en AP, siendo en los médicos de un 20,9%. Por otra parte, la distribución en los médicos es algo diferente, el porcentaje mayoritario con un 24,5% es el que tiene 21 años o más de experiencia en AP, mientras que solo un 13,5% de enfermeras refieren encontrarse en esta categoría.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 12,896; gl=4; p= 0,012) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

Categoría profesional		Años Atención Primaria					Total
		0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	igual o mayor de 21	
enfermera	N	64	29	23	32	23	171
	% categoría agrupada	37,4%	17,0%	13,5%	18,7%	13,5%	100%
	% años atprim agrupada	73,6%	61,7%	50,0%	62,7%	46,0%	60,9%
	% del total	22,8%	10,3%	8,2%	11,4%	8,2%	60,9%
	Residuos corregidos	2,9	,1	-1,6	,3	-2,4	
médico	N	23	18	23	19	27	110
	% categoría agrupada	20,9%	16,4%	20,9%	17,3%	24,5%	100%
	% años atprim agrupada	26,4%	38,3%	50,0%	37,3%	54,0%	39,1%
	% del total	8,2%	6,4%	8,2%	6,8%	9,6%	39,1%
	Residuos corregidos	-2,9	-,1	1,6	-,3	2,4	
Total	N	87	47	46	51	50	281
	% categoría agrupada	31,0%	16,7%	16,4%	18,1%	17,8%	100%
	% años atprim agrupada	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	31,0%	16,7%	16,4%	18,1%	17,8%	100%

Tabla 5.43 Años en AP según categoría profesional

## 5.2.3.1.8 Categoría profesional y años en Atención Hospitalaria (AH)

En la tabla 5.44 se observa la distribución de los años de experiencia laboral en AH según la categoría laboral. En los médicos la categoría con mayor proporción de sujetos con un 84,1% es la que tienen entre 0 y 5 años de experiencia en AH, siendo en las enfermeras también el grupo mayoritario pero en una proporción inferior con un 63,2%. Por otra parte, la distribución en las enfermeras es algo diferente, en las otras dos categorías con porcentajes siempre superiores a los de los médicos.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor = 11,454; gl=2; p= 0,003) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas en las tres categorías son estadísticamente significativas.

Categoría profesional		Años AH			Total
		menos de 5	6 a 15	16 o más	
enfermera	N	103	32	28	163
	% categoría agrupada	63,2%	19,6%	17,2%	100%
	% añosatespecial	59,9%	82,1%	82,4%	66,5%

	% del total	42,0%	13,1%	11,4%	66,5%
	Residuos corregidos	-3,4	2,2	2,1	
<b>médico</b>	N	69	7	6	82
	% categoría agrupada	84,1%	8,5%	7,3%	100%
	% añosatespecial	40,1%	17,9%	17,6%	33,5%
	% del total	28,2%	2,9%	2,4%	33,5%
	Residuos corregidos	3,4	-2,2	-2,1	
<b>Total</b>	N	172	39	34	245
	% categoría agrupada	70,2%	15,9%	13,9%	100%
	% añosatespecial	100%	100%	100%	100%
	% del total	70,2%	15,9%	13,9%	100%

Tabla 5.44 Años en AH según categoría profesional

5.2.3.1.9 Categoría profesional y nivel de conocimientos autodeclarados en prevención y promoción de la salud:

En la tabla 5.45 se observa que tanto enfermeras como médicos consideran que poseen conocimientos pero que les faltan destrezas en prevención y promoción de la salud con un 49,7% y un 60,2% respectivamente. Es interesante que las enfermeras también declaran en porcentaje mayor que los médicos que poseen conocimientos y destrezas con un 28,1% y un 22,2% respectivamente. Sin embargo, estas diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (Chi-cuadrado: valor 4,822; gl=3; p=0,185).

Categoría profesional		Piensas que tu nivel de conocimientos y destrezas				Total
		No tengo conocimientos	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	
<b>enfermera</b>	N	23	83	47	14	167
	% categoría agrupada	13,8%	49,7%	28,1%	8,4%	100%
	% Tu nivel de conocimientos	74,2%	56,1%	66,2%	56,0%	60,7%
	% del total	8,4%	30,2%	17,1%	5,1%	60,7%
	Residuos corregidos	1,6	-1,7	1,1	-,5	
<b>médico</b>	N	8	65	24	11	108
	% categoría agrupada	7,4%	60,2%	22,2%	10,2%	100%
	% Tu nivel de conocimientos	25,8%	43,9%	33,8%	44,0%	39,3%
	% del total	2,9%	23,6%	8,7%	4,0%	39,3%
	Residuos corregidos	-1,6	1,7	-1,1	,5	
<b>Total</b>	N	31	148	71	25	275
	% categoría agrupada	11,3%	53,8%	25,8%	9,1%	100%
	% Tu nivel de conocimientos	100%	100%	100%	100%	100,0%
	% del total	11,3%	53,8%	25,8%	9,1%	100%

Tabla 5.45 Nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado según categoría profesional

5.2.3.1.10 Categoría profesional y formación en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años:

En la tabla 5.46 se observa que tanto enfermeras como médicos mayoritariamente se han formado en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años, aunque el porcentaje de enfermeras es sensiblemente superior al de médicos con un 68,4% y un 55,5% respectivamente.

La prueba de Chi-cuadrado de Pearson muestra que las diferencias son estadísticamente significativas (valor= 4,847; gl=1; p=0,028).

Categoría profesional		Formación en P y PS		Total
		Si	No	
<b>enfermera</b>	N	117	54	171
	% categoría agrupada	68,4%	31,6%	100%
	% Formación en P y PS	65,7%	52,4%	60,9%
	% del total	41,6%	19,2%	60,9%
	Residuos corregidos	2,2	-2,2	
<b>médico</b>	N	61	49	110
	% categoría agrupada	55,5%	44,5%	100%
	% Formación en P y PS	34,3%	47,6%	39,1%
	% del total	21,7%	17,4%	39,1%
	Residuos corregidos	-2,2	2,2	
<b>Total</b>	N	178	103	281
	% categoría agrupada	63,3%	36,7%	100%
	% Formación en P y PS	100%	100%	100%
	% del total	63,3%	36,7%	100%

Tabla 5.46 Formación en prevención y promoción de la salud según categoría profesional

5.2.3.1.11 Categoría profesional y realización de actividades planificadas en prevención y promoción de la salud en el último año:

En la tabla 5.47 se observa que la proporción de enfermeras que han realizado actividades planificadas en prevención y promoción de la salud en el último año es mayor (75,1%) que el de médicos con un 56,4%. La diferencia encontrada es estadísticamente significativa como muestra la prueba Chi-Cuadrado de Pearson (valor=10,759; gl=1; p=0,001).

Categoría profesional		Realización de actividades en último año		Total
		Si	No	
enfermera	N	127	42	169
	% categoría agrupada	75,1%	24,9%	100%
	% Realización de actividades en último año	67,2%	46,7%	60,6%
	% del total	45,5%	15,1%	60,6%
	Residuos corregidos	3,3	-3,3	
médico	N	62	48	110
	% categoría agrupada	56,4%	43,6%	100%
	% Realización de actividades en último año	32,8%	53,3%	39,4%
	% del total	22,2%	17,2%	39,4%
	Residuos corregidos	-3,3	3,3	
Total	N	189	90	279
	% categoría agrupada	67,7%	32,3%	100%
	% Realización de actividades en último año	100%	100%	100%
	% del total	67,7%	32,3%	100%

Tabla 5.47 Formación en prevención y promoción de la salud según categoría profesional

#### 5.2.3.1.12 Categoría profesional y opinión sobre la oferta en formación en prevención y promoción de la salud en el área de salud o distrito

En la tabla 5.48 se muestra la opinión de los profesionales sobre la oferta de formación en prevención y promoción de la salud en el área o distrito. Destaca por encima de todo el 71,6% de médicos que considera que la oferta es insuficiente, mientras que esta opinión la comparten el 57,7% de enfermeras. Por el contrario, para un 40,5% de enfermeras la oferta les parece adecuada, frente a un 20,2% de médicos. La diferencia encontrada es estadísticamente significativa como muestra el estadístico exacto de Fisher (valor=17,680; gl=3; p=0,000).

Categoría profesional		La oferta actual te parece				Total
		Nula	Insuficiente	Adecuada	Excesiva	
enfermera	N	2	97	68	1	168
	% categoría agrupada	1,2%	57,7%	40,5%	0,6%	100%
	% La oferta actual te parece	20,0%	55,4%	75,6%	50,0%	60,6%
	% del total	0,7%	35,0%	24,5%	0,4%	60,6%
	Residuos corregidos	-2,7	-2,3	3,5	-,3	
médico	N	8	78	22	1	109
	% categoría agrupada	7,3%	71,6%	20,2%	0,9%	100%
	% La oferta actual te parece	80,0%	44,6%	24,4%	50,0%	39,4%
	% del total	2,9%	28,2%	7,9%	0,4%	39,4%
	Residuos corregidos	2,7	2,3	-3,5	,3	
Total	N	10	175	90	2	277
	% categoría agrupada	3,6%	63,2%	32,5%	0,7%	100%
	% La oferta actual te parece	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	3,6%	63,2%	32,5%	0,7%	100%

Tabla 5.48 Formación en prevención y promoción de la salud según categoría profesional

### 5.2.3.2 Perfil de los profesionales según ubicación del centro de salud: Urbano y Rural

#### 5.2.3.2.1 Variable ubicación del centro de trabajo y edad

En la tabla 5.49 se observa que la media de edad en centros rurales habitantes es menor que en los centros urbanos. Tras realizar la prueba estadística de comparación de medias con la prueba U de Mann-Whitney se observa que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas entre la edad y la ubicación del centro (rural o urbano)  $p = 0,003$ .

	Ubicación centro	N	Media	Des. típ.
Edad	Menor de 10.000 hab	90	40,09	8,927
	Mayor de 10.000 hab	190	43,35	8,104

Tabla 5.49 Edad profesionales según ubicación del centro trabajo

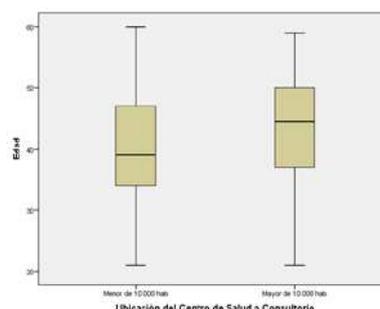


Figura 5.20 Gráfico de caja de la edad de los profesionales según ubicación centro trabajo

En la figura 5.20 se observa que la edad no presenta casos extremos. Además se puede observar que los valores mínimos y máximos de edad en ambas ubicaciones son bastante parecidos, pero en los centros rurales la edad es menor, como se puede apreciar por la situación de la mediana que tiene un valor de 39 años frente a la urbana con un valor de 44,5 años.

En la tabla 5.50 se observa que los sujetos entre 41 y 50 años son los que presentan proporciones mayores tanto en centros urbanos como rurales 47,4% y 33,3% respectivamente. También se observa una diferencia importante en el subgrupo con 21 a 30 años de edad, con un 15,6% en centros rurales y un 7,4% en centros urbanos. La prueba Chi-cuadrado de Pearson y el análisis de residuos confirma que las diferencias observadas son estadísticamente significativas (valor=9,439; gl=3;  $p=0,024$ ).

Ubicación centro		Edad agrupada				Total
		21 a 30	31 a 40	41 a 50	más de 50	
Menor de 10.000 hab	N	14	34	30	12	90
	% Ubicación del Centro de Salud	15,6%	37,8%	33,3%	13,3%	100%
	% edad agrupada	50,0%	39,1%	25,0%	26,7%	32,1%
	% del total	5,0%	12,1%	10,7%	4,3%	32,1%
	Residuos corregidos	2,1	1,7	-2,2	-,9	
Mayor de 10.000 hab	N	14	53	90	33	190
	% Ubicación del Centro de Salud	7,4%	27,9%	47,4%	17,4%	100%
	% edad agrupada	50,0%	60,9%	75,0%	73,3%	67,9%
	% del total	5,0%	18,9%	32,1%	11,8%	67,9%
	Residuos corregidos	-2,1	-1,7	2,2	,9	
Total	N	28	87	120	45	280
	% Ubicación del Centro de Salud	10,0%	31,1%	42,9%	16,1%	100%
	% edad Agrupada	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	10,0%	31,1%	42,9%	16,1%	100%

Tabla 5.50 Edad profesionales según ubicación del centro trabajo

## 5.2.3.2.2 Ubicación del centro de trabajo y sexo

En la tabla 5.51 se muestra como en centros rurales hay un 54.5% de mujeres y en centros urbanos un 62.1%.

Ubicación centro		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Menor 10.000 hab	N	40	48	88
	% Ubicación del Centro	45,5%	54,5%	100%
	% Sexo	35,7%	28,9%	31,7%
	Residuos corregidos	1,2	-1,2	
Mayor 10.000 hab	N	72	118	190
	% Ubicación del Centro	37,9%	62,1%	100%
	% Sexo	64,3%	71,1%	68,3%
	Residuos corregidos	-1,2	1,2	
Total	N	112	166	278
	% Ubicación del Centro	40,3%	59,7%	100%
	% Sexo	100%	100%	100%

Tabla 5.51 Sexo de los profesionales según ubicación del centro trabajo

A pesar de la diferencias en la distribución, no existe una asociación estadística entre la ubicación del centro y el sexo, tal y como nos indica el valor de la Chi-cuadrado de Pearson (valor= 1,42; gl=1; P=0,232).

## 5.2.3.2.3 Ubicación del centro de trabajo y categoría profesional

Como se puede apreciar en la tabla 5.52 en la muestra recogida, la categoría profesional más frecuente tanto en centros urbanos como rurales es la categoría enfermera, que se sitúa en torno al 61% en ambas ubicaciones.

Ubicación centro		categoría		Total
		enfermera	médico	
Menor de 10.000 hab	N	55	35	90
	% Ubicación Centro Salud	61,1%	38,9%	100%
	% categoría profesional	32,2%	31,8%	32,0%
	Residuos corregidos	,1	-,1	
Mayor de 10.000 hab	N	116	75	191
	% Ubicación Centro Salud	60,7%	39,3%	100%
	% categoría profesional	67,8%	68,2%	68,0%
	Residuos corregidos	-,1	,1	
Total	N	171	110	281
	% Ubicación Centro Salud	60,9%	39,1%	100%
	% categoría profesional	100%	100%	100%

Tabla 5.52 Experiencia profesional de las enfermeras en Atención hospitalaria según ubicación del centro trabajo

Sin embargo, no existe asociación entre la ubicación y la categoría profesional como muestran los resultados de la prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 0,004; gl= 1; p= 0,952).

## 5.2.3.2.4 Variable ubicación del centro de trabajo y tipo de contrato

En la tabla 5.53 se muestra como en ambas ubicaciones (rural/urbano) el mayor porcentaje tipo de contrato es el de estatutario y el menor el de dispositivo de apoyo interino cuyos valores, además, están cercanos al del contrato eventual.

Ubicación centro		Tipo de contrato				Total
		Estatutario	Dispositivo de Apoyo Interino	Interino distinto a dispositivo de apoyo	Eventual	
Menor de 10.000 hab	N	38	14	21	17	90
	% Ubicación Centro Salud	42,2%	15,6%	23,3%	18,9%	100,0%
	% Tipo contrato	24,2%	41,2%	39,6%	44,7%	31,9%
	Residuos corregidos	-3,1	1,2	1,3	1,8	
Mayor de 10.000 hab	N	119	20	32	21	192
	% Ubicación Centro Salud	62,0%	10,4%	16,7%	10,9%	100,0%
	% Tipo contrato	75,8%	58,8%	60,4%	55,3%	68,1%
	Residuos corregidos	3,1	-1,2	-1,3	-1,8	
Total	N	157	34	53	38	282
	% Ubicación d Centro Salud	55,7%	12,1%	18,8%	13,5%	100,0%
	% Tipo contrato	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 5.53 Tipo de contrato de los profesionales según ubicación del centro trabajo

Los resultados de la prueba Chi-cuadrado de Pearson muestran que existe asociación estadística entre la ubicación rural y urbana y el tipo de contrato, Chi-cuadrado= 9,96; gl= 3; p=0,019. En concreto, el análisis de residuos corregidos de la tabla 5.53 muestra que dicha asociación solo ocurre entre la ubicación del centro y el tipo de contrato estatutario.

#### 5.2.3.2.5 Ubicación del centro de trabajo y años desde la titulación

En la tabla 5.54 se observa que las diferencias más importantes en la categoría menor o igual a 14 años desde la obtención del título con un 35,6% de sujetos en centros rurales y un 14,1% en centros urbanos. También se observan diferencias relevantes aunque en sentido inverso en la categoría 31 años o más desde la obtención del título con un 12,6% de sujetos en centros rurales y un 28,1% en centros urbanos. La diferencias encontradas son estadísticamente significativas (Chi-cuadrado: valor=19,653; gl=2; p<0,001).

Ubicación centro		Años titulación			Total
		menor o igual a 14	15 a 30	31 o más	
<b>Menor de 10.000 hab</b>	N	31	45	11	87
	% Ubicación del Centro de Salud	35,6%	51,7%	12,6%	100%
	% años titulacagrupada	54,4%	29,6%	17,5%	32,0%
	% del total	11,4%	16,5%	4,0%	32,0%
	Residuos corregidos	4,1	-,9	-2,8	
<b>Mayor de 10.000 hab</b>	N	26	107	52	185
	% Ubicación del Centro de Salud	14,1%	57,8%	28,1%	100%
	% años titulacagrupada	45,6%	70,4%	82,5%	68,0%
	% del total	9,6%	39,3%	19,1%	68,0%
	Residuos corregidos	-4,1	,9	2,8	
<b>Total</b>	N	57	152	63	272
	% Ubicación del Centro de Salud	21,0%	55,9%	23,2%	100%
	% años titulacagrupada	100%	100%	100%	100%
	% del total	21,0%	55,9%	23,2%	100%

Tabla 5.54 Años desde obtención de la titulación de los profesionales según ubicación del centro trabajo

#### 5.2.3.2.6 Ubicación del centro de trabajo y años en la zona básica de salud (ZBS)

En la tabla 5.55 se observa que también hay diferencias visibles entre los profesionales que trabajan en centros rurales y urbanos según los años de experiencia en la ZBS. Las diferencias más evidentes se encuentran entre los sujetos con menos de 5 años de experiencia y entre los que tienen 16 años o más de experiencia. El análisis de residuos corregidos y la prueba Chi-cuadrado de Pearson muestra que estas diferencias son estadísticamente significativas (valor=12,580; gl=2; p=0,002).

		Años ZBS			Total
		menor de 5	6 a 15	16 o más	
Menor de 10.000 hab	N	63	20	7	90
	% Ubicación del Centro de Salud	70,0%	22,2%	7,8%	100%
	% añoszbsagrupada	40,1%	26,3%	14,6%	32,0%
	% del total	22,4%	7,1%	2,5%	32,0%
	Residuos corregidos	3,3	-1,2	-2,8	
Mayor de 10.000 hab	N	94	56	41	191
	% Ubicación del Centro de Salud	49,2%	29,3%	21,5%	100%
	% añoszbsagrupada	59,9%	73,7%	85,4%	68,0%
	% del total	33,5%	19,9%	14,6%	68,0%
	Residuos corregidos	-3,3	1,2	2,8	
Total	N	157	76	48	281
	% Ubicación del Centro de Salud	55,9%	27,0%	17,1%	100%
	% añoszbsagrupada	100%	100%	100%	100%
	% del total	55,9%	27,0%	17,1%	100%

Tabla 5.55 Años en la ZBS de los profesionales según ubicación del centro trabajo

## 5.2.3.2.7 Ubicación del centro de trabajo y años en Atención Primaria

En la tabla 5.56 se observa que las diferencias más importantes entre los profesionales que trabajan en centros rurales y urbanos según los años de experiencia en AP se encuentran en las categorías “experiencia entre 0 y 5 años” y “experiencia entre 16 y 20 años”. Observándose que en general los profesionales son más jóvenes en los centros rurales. El análisis de residuos corregidos y la prueba Chi-cuadrado de Pearson muestra que estas diferencias son estadísticamente significativas (valor=15,086; gl=4; p=0,004).

Ubicación centro		Años AP					Total
		0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	igual o mayor de 21	
Menor de 10.000 hab	N	41	14	14	9	12	90
	% Ubicación del Centro de Salud	45,6%	15,6%	15,6%	10,0%	13,3%	100%
	% añosatprimagrupada	46,6%	29,8%	30,4%	17,6%	24,0%	31,9%
	% del total	14,5%	5,0%	5,0%	3,2%	4,3%	31,9%
	Residuos corregidos	3,6	-,3	-,2	-2,4	-1,3	
Mayor de 10.000 hab	N	47	33	32	42	38	192
	% Ubicación del Centro de Salud	24,5%	17,2%	16,7%	21,9%	19,8%	100%
	% añosatprimagrupada	53,4%	70,2%	69,6%	82,4%	76,0%	68,1%
	% del total	16,7%	11,7%	11,3%	14,9%	13,5%	68,1%
	Residuos corregidos	-3,6	,3	,2	2,4	1,3	
Total	N	88	47	46	51	50	282
	% Ubicación del Centro de Salud	31,2%	16,7%	16,3%	18,1%	17,7%	100%
	% añosatprimagrupada	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	31,2%	16,7%	16,3%	18,1%	17,7%	100%

Tabla 5.56 Años en AP de los profesionales según ubicación del centro trabajo

## 5.2.3.2.8 Ubicación del centro de trabajo y años en Atención Hospitalaria

En la tabla 5.57 se observa que en ambos grupos de ubicaciones, rural y urbano, la proporción mayoritaria tiene menos de 5 años de experiencia en AH, con un 72,5% y un 69,3% respectivamente. La prueba Chi-cuadrado de Pearson muestra que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas (valor=0,411; gl=2 p=0,829).

Ubicación centro		Años AH			Total
		menos de 5	6 a 15	16 o más	
Menor de 10.000 hab	N	58	11	11	80
	% Ubicación del Centro de Salud	72,5%	13,8%	13,8%	100%
	% añosatespecial	33,5%	28,2%	32,4%	32,5%
	% del total	23,6%	4,5%	4,5%	32,5%
	Residuos corregidos	,5	-,6	,0	
Mayor de 10.000 hab	N	115	28	23	166
	% Ubicación del Centro de Salud	69,3%	16,9%	13,9%	100%
	% añosatespecial	66,5%	71,8%	67,6%	67,5%
	% del total	46,7%	11,4%	9,3%	67,5%
	Residuos corregidos	-,5	,6	,0	
Total	N	173	39	34	246
	% Ubicación del Centro de Salud	70,3%	15,9%	13,8%	100%
	% añosatespecial	100%	100%	100%	100%
	% del total	70,3%	15,9%	13,8%	100%

Tabla 5.57 Años en AH de los profesionales según ubicación del centro trabajo

## 5.2.3.2.9 Ubicación del centro de trabajo y nivel de conocimientos y destrezas autodeclarados en prevención y promoción de la salud

En la tabla 5.58 se observa que los profesionales en ambos tipos de centros, rural y urbano en su mayoría indican que poseen conocimientos pero que les faltan destrezas con un 62,5% y un 50% respectivamente. Asimismo se muestra que las diferencias más importantes entre los profesionales que trabajan en centros rurales y urbanos se da entre quienes dicen poseer conocimientos y destrezas adecuadas siendo superior entre los de centros urbanos (30,3%) frente a los centros rurales (15,9%). El análisis de residuos corregidos y la prueba Chi-cuadrado de Pearson muestra que estas diferencias no son estadísticamente significativas (valor=6,759; gl=3 p=0,080) aunque se aproxima bastante.

Ubicación centro		Piensas que tu nivel de conocimientos y destrezas en P y PS				Total
		No tengo conocimientos	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	
Menor de 10.000 hab	N	11	55	14	8	88
	% Centro de Salud	12,5%	62,5%	15,9%	9,1%	100%
	% Nivel conocimientos	35,5%	36,9%	19,7%	32,0%	31,9%
	% del total	4,0%	19,9%	5,1%	2,9%	31,9%

	Residuos corregidos	,5	1,9	-2,6	,0	
<b>Mayor de 10.000 hab</b>	N	20	94	57	17	188
	% Centro de Salud	10,6%	50,0%	30,3%	9,0%	100%
	% Nivel conocimientos	64,5%	63,1%	80,3%	68,0%	68,1%
	% del total	7,2%	34,1%	20,7%	6,2%	68,1%
	Residuos corregidos	-,5	-1,9	2,6	,0	
<b>Total</b>	N	31	149	71	25	276
	% Centro de Salud	11,2%	54,0%	25,7%	9,1%	100%
	% Nivel conocimientos	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	11,2%	54,0%	25,7%	9,1%	100%

Tabla 5.58 Nivel de conocimientos y destrezas de los profesionales según ubicación del centro trabajo

#### 5.2.3.2.10 Ubicación del centro de trabajo y formación en prevención y promoción de salud

En la tabla 5.59 se muestra que el porcentaje de enfermeras y médicos que tienen formación en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años en centros rurales es del 56,7% y en centros urbanos del 66,1%, existiendo un 9,4% de diferencia a favor de los centros urbanos.

Ubicación centro		Formación en P y PS en los últimos 5 años		Total
		Si	No	
<b>Menor de 10.000 hab</b>	N	51	39	90
	% Ubicación del Centro de Salud	56,7%	43,3%	100%
	% Formación en P y PS	28,7%	37,5%	31,9%
	Residuos corregidos	-1,5	1,5	
<b>Mayor de 10.000 hab</b>	N	127	65	192
	% Ubicación del Centro de Salud	66,1%	33,9%	100%
	% Formación en P y PS	71,3%	62,5%	68,1%
	Residuos corregidos	1,5	-1,5	
<b>Total</b>	N	178	104	282
	% Ubicación del Centro de Salud	63,1%	36,9%	100,0%
	% Formación en P y PS	100%	100%	100%

Tabla 5.59 Formación en Prevención y Promoción de la salud en los últimos 5 años según ubicación del centro trabajo

Sin embargo, como muestra el resultado de la prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 2,36; gl=1; p=0,12, no existe asociación estadística entre la ubicación del centro de trabajo y la formación en prevención y promoción de salud.

### 5.2.3.2.11 Ubicación del centro de trabajo y realización de actividades planificadas en el último año

La tabla 5.60 muestra que en centros rurales el 64,8% de los profesionales expresa que ha realizado actividades de prevención y promoción de la salud planificadas en el último año, frente al 68,8% de profesionales de centros urbanos que expresan haberlo hecho.

Ubicación centro		Realización de actividades planificadas último año		Total
		Si	No	
Menor de 10.000 hab	N	57	31	88
	% Ubicación Centro Salud	64,8%	35,2%	100%
	% Realización de actividades	30,2%	34,1%	31,4%
	Residuos corregidos	-,7	,7	
Mayor de 10.000 hab	N	132	60	192
	% Ubicación Centro Salud	68,8%	31,3%	100%
	% Realización de actividades	69,8%	65,9%	68,6%
	Residuos corregidos	,7	-,7	
Total	N	189	91	280
	% Ubicación Centro Salud	67,5%	32,5%	100%
	% Realización de actividades	100%	100%	100%

Tabla 5.60 Realización de actividades planificadas en el último año según ubicación del centro trabajo

Como muestran los resultados de la prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 0,434; gl=1; p = 0,509), no existe asociación estadística entre la ubicación del centro y la realización de actividades planificadas en el último año.

### 5.2.3.2.12 Ubicación del centro de trabajo y opinión sobre la oferta en formación en prevención y promoción de la salud en el área de salud o distrito

En la tabla 5.61 se observa que los profesionales en ambos tipos de centros, rural y urbano en su mayoría indican que la oferta en formación en prevención y promoción de la salud en el área es insuficiente con un 64% y un 63% respectivamente. La prueba Chi-cuadrado de Pearson muestra que no hay diferencias estadísticamente significativas (valor=2,607; gl=3 p=0,454).

Ubicación centro		La oferta actual en éste campo te parece				Total
		Nula	Insuficiente	Adecuada	Excesiva	
Menor de 10.000 hab	N	1	57	30	1	89
	% Centro de Salud	1,1%	64,0%	33,7%	1,1%	100%
	% Oferta	10,0%	32,4%	33,3%	50,0%	32,0%
	% del total	0,4%	20,5%	10,8%	0,4%	32,0%
	Residuos corregidos	-1,5	,2	,3	,5	

<b>Mayor de 10.000 hab</b>	N	9	119	60	1	189
	% Centro de Salud	4,8%	63,0%	31,7%	0,5%	100%
	% Oferta	90,0%	67,6%	66,7%	50,0%	68,0%
	% del total	3,2%	42,8%	21,6%	0,4%	68,0%
	Residuos corregidos	1,5	-,2	-,3	-,5	
<b>Total</b>	N	10	176	90	2	278
	% Centro de Salud	3,6%	63,3%	32,4%	0,7%	100%
	% Oferta	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	3,6%	63,3%	32,4%	0,7%	100%

Tabla 5.61 Realización de actividades planificadas en el último año según ubicación del centro trabajo

### 5.2.3.3. Perfil de los profesionales según la situación laboral (Tipo de contrato)

#### 5.2.3.3.1 Situación laboral y edad

En la tabla 5.62 podemos apreciar que el 60.9% de los profesionales estatutarios tienen entre 41 y 50 años, con respecto a los dispositivos de apoyo interinos el mayor porcentaje (64.7%) se encuentran entre los 31 y 40 años. El rango de edad en los interinos distintos a los dispositivos de apoyo más representado, con un 50%, es el de entre 31 y 40 años, así como para la situación laboral eventual, con un 52.6%, seguida por un 44% por el rango de 21 a 30.

Situación laboral		Edad agrupada				Total
		21 a 30	31 a 40	41 a 50	más de 50	
<b>Estatutario</b>	N	0	19	95	42	156
	% Tipo de contrato	0,0%	12,2%	60,9%	26,9%	100%
	% edad agrupada	0,0%	21,8%	79,2%	93,3%	55,7%
	% del total	0,0%	6,8%	33,9%	15,0%	55,7%
	Residuos corregidos	-6,3	-7,7	6,8	5,5	
<b>Dispositivo de Apoyo Interino</b>	N	6	22	5	1	34
	% Tipo de contrato	17,6%	64,7%	14,7%	2,9%	100%
	% edad agrupada	21,4%	25,3%	4,2%	2,2%	12,1%
	% del total	2,1%	7,9%	1,8%	0,4%	12,1%
	Residuos corregidos	1,6	4,5	-3,5	-2,2	
<b>Interino distinto a dispositivo de apoyo</b>	N	5	26	19	2	52
	% Tipo de contrato	9,6%	50,0%	36,5%	3,8%	100%
	% edad agrupada	17,9%	29,9%	15,8%	4,4%	18,6%
	% del total	1,8%	9,3%	6,8%	0,7%	18,6%
	Residuos corregidos	-,1	3,3	-1,0	-2,7	
<b>Eventual</b>	N	17	20	1	0	38
	% Tipo de contrato	44,7%	52,6%	2,6%	0,0%	100%
	% edad agrupada	60,7%	23,0%	0,8%	0,0%	13,6%
	% del total	6,1%	7,1%	0,4%	0,0%	13,6%
	Residuos corregidos	7,7	3,1	-5,4	-2,9	
<b>Total</b>	N	28	87	120	45	280
	% Tipo de contrato	10,0%	31,1%	42,9%	16,1%	100%
	% edad agrupada	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	10,0%	31,1%	42,9%	16,1%	100%

Tabla 5.62. Edad agrupada según el tipo de situación laboral.

Los resultados de la prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 164,41; gl=9; p = 0,000), muestran que existe asociación estadística entre la situación laboral y la edad.

#### 5.2.3.3.2 Situación laboral y sexo

En los hombres el porcentaje mayor de tipo de contrato que encontramos es en la situación laboral estatutario, con un 60,7% frente a las mujeres que también lo encontramos en estatutario, con un 53%.

Situación laboral		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Estatutario	N	68	88	156
	% Tipo de contrato	43,6%	56,4%	100%
	% Sexo	60,7%	53,0%	56,1%
	% del total	24,5%	31,7%	56,1%
	Residuos corregidos	1,3	-1,3	
Dispositivo de Apoyo Interino	N	10	23	33
	% Tipo de contrato	30,3%	69,7%	100%
	% Sexo	8,9%	13,9%	11,9%
	% del total	3,6%	8,3%	11,9%
	Residuos corregidos	-1,2	1,2	
Interino distinto a dispositivo de apoyo	N	21	30	51
	% Tipo de contrato	41,2%	58,8%	100%
	% Sexo	18,8%	18,1%	18,3%
	% del total	7,6%	10,8%	18,3%
	Residuos corregidos	,1	-,1	
Eventual	N	13	25	38
	% Tipo de contrato	34,2%	65,8%	100%
	% Sexo	11,6%	15,1%	13,7%
	% del total	4,7%	9,0%	13,7%
	Residuos corregidos	-,8	,8	
Total	N	112	166	278
	% Tipo de contrato	40,3%	59,7%	100%
	% Sexo	100%	100%	100%
	% del total	40,3%	59,7%	100%

Tabla 5.63. Sexo según la situación laboral.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 2,675; gl=3; p= 0,445) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.3.3 Situación laboral y categoría profesional

Como podemos observar en los datos ofrecidos por la tabla 5.64, existe un porcentaje similar de ambas categorías profesionales, excepto en el tipo de contrato estatutario, que existe un 66% de enfermeras frente a un 34% de médicos.

Situación laboral		Categoría agrupada		Total
		enfermera	médico	
Estatutario	N	104	53	157
	% Tipo de contrato	66,2%	33,8%	100%
	% categoría agrupada	60,8%	48,2%	55,9%
	% del total	37,0%	18,9%	55,9%

	Residuos corregidos	2,1	-2,1	
<b>Dispositivo de Apoyo Interino</b>	N	18	16	34
	% Tipo de contrato	52,9%	47,1%	100%
	% categoría agrupada	10,5%	14,5%	12,1%
	% del total	6,4%	5,7%	12,1%
	Residuos corregidos	-1,0	1,0	
<b>Interino distinto a dispositivo de apoyo</b>	N	28	25	53
	% Tipo de contrato	52,8%	47,2%	100%
	% categoría agrupada	16,4%	22,7%	18,9%
	% del total	10,0%	8,9%	18,9%
	Residuos corregidos	-1,3	1,3	
<b>Eventual</b>	N	21	16	37
	% Tipo de contrato	56,8%	43,2%	100%
	% categoría agrupada	12,3%	14,5%	13,2%
	% del total	7,5%	5,7%	13,2%
	Residuos corregidos	-,5	,5	
<b>Total</b>	N	171	110	281
	% Tipo de contrato	60,9%	39,1%	100%
	% categoría agrupada	100%	100%	100%
	% del total	60,9%	39,1%	100%

Tabla 5.64. Categoría según la situación laboral.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 4,500; gl=3; p=0,212) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.3.4 Situación laboral y ubicación del centro de trabajo

Como nos ofrece la tabla 5.65 podemos ver que el tipo de contrato estatutario es el más frecuente en zonas urbanas con un 75,8%. El tipo de contrato más frecuente en zonas rurales de nuestra muestra es el eventual.

Situación laboral		Ubicación del Centro de Salud o Consultorio		Total
		Menor de 10.000 hab	Mayor de 10.000 hab	
<b>Estatutario</b>	N	38	119	157
	% Tipo de contrato	24,2%	75,8%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	42,2%	62,0%	55,7%
	% del total	13,5%	42,2%	55,7%
	Residuos corregidos	-3,1	3,1	
<b>Dispositivo de Apoyo Interino</b>	N	14	20	34
	% Tipo de contrato	41,2%	58,8%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	15,6%	10,4%	12,1%
	% del total	5,0%	7,1%	12,1%
	Residuos corregidos	1,2	-1,2	
<b>Interino distinto a dispositivo de apoyo</b>	N	21	32	53
	% Tipo de contrato	39,6%	60,4%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	23,3%	16,7%	18,8%
	% del total	7,4%	11,3%	18,8%
	Residuos corregidos	1,3	-1,3	
<b>Eventual</b>	N	17	21	38
	% Tipo de contrato	44,7%	55,3%	100%

	% Ubicación del Centro de Salud	18,9%	10,9%	13,5%
	% del total	6,0%	7,4%	13,5%
	Residuos corregidos	1,8	-1,8	
<b>Total</b>	N	90	192	282
	% Tipo de contrato	31,9%	68,1%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	100%	100%	100%
	% del total	31,9%	68,1%	100%

Tabla 5.65. Ubicación del centro según la situación laboral.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 9,962; gl=3; p=0,019) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.3.5 Situación laboral y años desde la titulación

En la tabla 5.66 podemos apreciar como el rango de años desde la titulación que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato estatutario es entre 15 y 30 años, con un 61,8%. El rango de años desde la titulación que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato dispositivo de apoyo interino es entre menor o igual a 14 años, con un 53,1%. El rango de años desde la titulación que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato interino distinto a dispositivo de apoyo es entre 15 a 30 años. El rango de años desde la titulación que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato eventual es entre menor o igual a 14 años.

Situación laboral		años titulac agrupada			Total
		menor o igual a 14	15 a 30	31 o más	
<b>Estatutario</b>	N	1	94	57	152
	% Tipo de contrato	0,7%	61,8%	37,5%	100%
	% años titulac agrupada	1,8%	61,8%	90,5%	55,9%
	% del total	0,4%	34,6%	21,0%	55,9%
	Residuos corregidos	-9,3	2,2	6,3	
<b>Dispositivo de Apoyo Interino</b>	N	17	13	2	32
	% Tipo de contrato	53,1%	40,6%	6,3%	100%
	% años titulac agrupada	29,8%	8,6%	3,2%	11,8%
	% del total	6,3%	4,8%	0,7%	11,8%
	Residuos corregidos	4,8	-1,9	-2,4	
<b>Interino distinto a dispositivo de apoyo</b>	N	11	36	4	51
	% Tipo de contrato	21,6%	70,6%	7,8%	100%
	% años titulac agrupada	19,3%	23,7%	6,3%	18,8%
	% del total	4,0%	13,2%	1,5%	18,8%
	Residuos corregidos	,1	2,3	-2,9	
<b>Eventual</b>	N	28	9	0	37
	% Tipo de contrato	75,7%	24,3%	0,0%	100%
	% años titulac agrupada	49,1%	5,9%	0,0%	13,6%
	% del total	10,3%	3,3%	0,0%	13,6%
	Residuos corregidos	8,8	-4,2	-3,6	
<b>Total</b>	N	57	152	63	272
	% Tipo de contrato	21,0%	55,9%	23,2%	100%
	% años titulac agrupada	100%	100%	100%	100%
	% del total	21,0%	55,9%	23,2%	100%

Tabla 5.66. Años desde la titulación según la situación laboral.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 140,610; gl=6; p=0,000) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.3.6 Situación laboral y años en la Zona Básica de Salud (ZBS)

En la tabla 5.67 podemos apreciar como el tiempo trabajado en la ZBS que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato estatutario es el menor de 5 años en la ZBS, con un 38,9%. El el tiempo trabajado en la ZBS que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato dispositivo de apoyo interino es el menor de 5 años en la ZBS, con un 82,4%. El el tiempo trabajado en la ZBS que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato interino distinto a dispositivo de apoyo es el menor de 5 años en la ZBS, con un 64,2%. El el tiempo trabajado en la ZBS que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato eventual es el menor de 5 años en la ZBS, con un 91,9%.

Situación laboral		añoszbsagrupada			Total
		menor de 5	6 a 15	16 o más	
<b>Estatutario</b>	N	61	51	45	157
	% Tipo de contrato	38,9%	32,5%	28,7%	100%
	% añoszbsagrupada	38,9%	67,1%	93,8%	55,9%
	% del total	21,7%	18,1%	16,0%	55,9%
	Residuos corregidos	-6,5	2,3	5,8	
<b>Dispositivo de Apoyo Interino</b>	N	28	6	0	34
	% Tipo de contrato	82,4%	17,6%	0,0%	100%
	% añoszbsagrupada	17,8%	7,9%	0,0%	12,1%
	% del total	10,0%	2,1%	0,0%	12,1%
	Residuos corregidos	3,3	-1,3	-2,8	
<b>Interino distinto a dispositivo de apoyo</b>	N	34	16	3	53
	% Tipo de contrato	64,2%	30,2%	5,7%	100%
	% añoszbsagrupada	21,7%	21,1%	6,3%	18,9%
	% del total	12,1%	5,7%	1,1%	18,9%
	Residuos corregidos	1,3	,6	-2,5	
<b>Eventual</b>	N	34	3	0	37
	% Tipo de contrato	91,9%	8,1%	0,0%	100%
	% añoszbsagrupada	21,7%	3,9%	0,0%	13,2%
	% del total	12,1%	1,1%	0,0%	13,2%
	Residuos corregidos	4,7	-2,8	-3,0	
<b>Total</b>	N	157	76	48	281
	% Tipo de contrato	55,9%	27,0%	17,1%	100%
	% añoszbsagrupada	100%	100%	100%	100%
	% del total	55,9%	27,0%	17,1%	100%

Tabla 5.67. Años en la Zona Básica de Salud según la situación laboral.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 58,077; gl=6; p=0,000) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.3.7 Situación laboral y años en atención primaria

En la tabla 5.68 podemos apreciar como el intervalo de años que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato estatutario es de 16 a 20, con un 30,6%. El el intervalo de años que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato dispositivo de apoyo interino es el de 0 a 5 años en atención primaria, con un 55,9%. El el intervalo de años que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato interino distinto a dispositivo de apoyo es el de 0 a 5 años en atención primaria, con un 35,8%. El intervalo de años que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato eventual es el de 0 a 5 años en atención primaria, con un 76,3%.

Situación laboral		añosatprimagrupalda					Total
		0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	igual o mayor de 21	
<b>Estatutario</b>	N	21	13	29	48	46	157
	% Tipo de contrato	13,4%	8,3%	18,5%	30,6%	29,3%	100%
	% añosatprimagrupalda	23,9%	27,7%	63,0%	94,1%	92,0%	55,7%
	% del total	7,4%	4,6%	10,3%	17,0%	16,3%	55,7%
	Residuos corregidos	-7,2	-4,2	1,1	6,1	5,7	
<b>Dispositivo de Apoyo Interino</b>	N	19	10	5	0	0	34
	% Tipo de contrato	55,9%	29,4%	14,7%	0,0%	0,0%	100%
	% añosatprimagrupalda	21,6%	21,3%	10,9%	0,0%	0,0%	12,1%
	% del total	6,7%	3,5%	1,8%	0,0%	0,0%	12,1%
	Residuos corregidos	3,3	2,1	-,3	-2,9	-2,9	
<b>Interino distinto a dispositivo de apoyo</b>	N	19	16	12	2	4	53
	% Tipo de contrato	35,8%	30,2%	22,6%	3,8%	7,5%	100%
	% añosatprimagrupalda	21,6%	34,0%	26,1%	3,9%	8,0%	18,8%
	% del total	6,7%	5,7%	4,3%	0,7%	1,4%	18,8%
	Residuos corregidos	,8	2,9	1,4	-3,0	-2,2	
<b>Eventual</b>	N	29	8	0	1	0	38
	% Tipo de contrato	76,3%	21,1%	0,0%	2,6%	0,0%	100%
	% añosatprimagrupalda	33,0%	17,0%	0,0%	2,0%	0,0%	13,5%
	% del total	10,3%	2,8%	0,0%	0,4%	0,0%	13,5%
	Residuos corregidos	6,5	,8	-2,9	-2,7	-3,1	
<b>Total</b>	N	88	47	46	51	50	282
	% Tipo de contrato	31,2%	16,7%	16,3%	18,1%	17,7%	100%
	% añosatprimagrupalda	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	31,2%	16,7%	16,3%	18,1%	17,7%	100%

Tabla 5.68. Años en Atención primaria según la situación laboral.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 130,394; gl=12; p=0,000) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

## 5.2.3.3.8 Situación laboral y años en atención hospitalaria

En la tabla 5.69 podemos apreciar como el intervalo de años en atención hospitalaria que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato estatutario es de menos de 5 años, con un 60,3%. El intervalo de años en atención hospitalaria que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato dispositivo de apoyo interino es el de menos de 5 años en atención hospitalaria, con un 93,5%. El intervalo de años en atención hospitalaria que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato interino distinto a dispositivo de apoyo es el de 0 a 5 años en atención hospitalaria, con un 72,7%. El intervalo de años en atención hospitalaria que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato eventual es el de menos de 5 años en atención hospitalaria, con un 85,7%.

Situación laboral		añosatespecial			Total
		menos de 5	6 a 15	16 o más	
<b>Estatutario</b>	N	82	21	33	136
	% Tipo de contrato	<b>60,3%</b>	15,4%	<b>24,3%</b>	100%
	% añosatespecial	47,4%	53,8%	97,1%	55,3%
	% del total	33,3%	8,5%	13,4%	55,3%
	Residuos corregidos	-3,8	-,2	5,3	
<b>Dispositivo de Apoyo Interino</b>	N	29	2	0	31
	% Tipo de contrato	<b>93,5%</b>	6,5%	<b>0,0%</b>	100%
	% añosatespecial	16,8%	5,1%	0,0%	12,6%
	% del total	11,8%	0,8%	0,0%	12,6%
	Residuos corregidos	3,0	-1,5	-2,4	
<b>Interino distinto a dispositivo de apoyo</b>	N	32	11	1	44
	% Tipo de contrato	72,7%	25,0%	<b>2,3%</b>	100%
	% añosatespecial	18,5%	28,2%	2,9%	17,9%
	% del total	13,0%	4,5%	0,4%	17,9%
	Residuos corregidos	,4	1,8	-2,4	
<b>Eventual</b>	N	30	5	0	35
	% Tipo de contrato	<b>85,7%</b>	14,3%	<b>0,0%</b>	100%
	% añosatespecial	17,3%	12,8%	0,0%	14,2%
	% del total	12,2%	2,0%	0,0%	14,2%
	Residuos corregidos	2,2	-,3	-2,6	
<b>Total</b>	N	173	39	34	246
	% Tipo de contrato	70,3%	15,9%	13,8%	100%
	% añosatespecial	100%	100%	100%	100%
	% del total	70,3%	15,9%	13,8%	10%

Tabla 5.69. Años en Atención hospitalaria según la situación laboral

El estadístico exacto de Fisher (valor= 130,394; p=0,000) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

## 5.2.3.3.9 Situación laboral y conocimientos y destrezas

En la tabla 5.70 podemos apreciar como el nivel de conocimientos y destrezas que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato estatutario es poseo los conocimientos pero me faltan destrezas, con un 52,9%. El nivel de conocimientos y destrezas que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato dispositivo de apoyo interino es poseo los conocimientos pero me faltan destrezas, con un 58,8%. El nivel de conocimientos y destrezas que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato eventual es poseo los conocimientos pero me faltan destrezas, con un 52,8%.

Situación laboral		Piensas que tu nivel de conocimientos y destrezas en P y PS				Total
		No tengo conocimientos	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	
Estatutario	N	16	81	42	14	153
	% Tipo de contrato	10,5%	52,9%	27,5%	9,2%	100%
	% Piensas tus conocimientos	51,6%	54,4%	59,2%	56,0%	55,4%
	% del total	5,8%	29,3%	15,2%	5,1%	55,4%
	Residuos corregidos	-,5	-,4	,7	,1	
Dispositivo de Apoyo Interino	N	5	20	6	3	34
	% Tipo de contrato	14,7%	58,8%	17,6%	8,8%	100%
	% Piensas tus conocimientos	16,1%	13,4%	8,5%	12,0%	12,3%
	% del total	1,8%	7,2%	2,2%	1,1%	12,3%
	Residuos corregidos	,7	,6	-1,2	-,1	
Interino distinto a dispositivo de apoyo	N	5	29	15	4	53
	% Tipo de contrato	9,4%	54,7%	28,3%	7,5%	100%
	% Piensas tus conocimientos	16,1%	19,5%	21,1%	16,0%	19,2%
	% del total	1,8%	10,5%	5,4%	1,4%	19,2%
	Residuos corregidos	-,5	,1	,5	-,4	
Eventual	N	5	19	8	4	36
	% Tipo de contrato	13,9%	52,8%	22,2%	11,1%	100%
	% Piensas tus conocimientos	16,1%	12,8%	11,3%	16,0%	13,0%
	% del total	1,8%	6,9%	2,9%	1,4%	13,0%
	Residuos corregidos	,5	-,2	-,5	,5	
Total	N	31	149	71	25	276
	% Tipo de contrato	11,2%	54,0%	25,7%	9,1%	100%
	% Piensas tus conocimientos	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	11,2%	54,0%	25,7%	9,1%	100%

Tabla 5.70 Nivel conocimientos y destrezas según la situación laboral

El estadístico exacto de Fisher (valor= 2,991; p=0,971) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.3.10 Situación laboral y formación en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años

Las personas de nuestra muestra, tal y como se puede apreciar en la tabla 5.71, que sí han recibido formación en prevención y promoción en los últimos 5 años en un mayor porcentaje han sido los estatutarios con un 70,1% seguido por los interinos distintos a los dispositivos de apoyo con un 60,4% dispositivo de apoyo interino con un 58,8% y los eventuales con un 42,1%.

Situación laboral		Formación en P y PS en los últimos 5 años		Total
		Si	No	
<b>Estatutario</b>	N	110	47	157
	% Tipo de contrato	70,1%	29,9%	100%
	% Formación en P y PS	61,8%	45,2%	55,7%
	% del total	39,0%	16,7%	55,7%
	Residuos corregidos	2,7	-2,7	
<b>Dispositivo de Apoyo Interino</b>	N	20	14	34
	% Tipo de contrato	58,8%	41,2%	100%
	% Formación en P y PS	11,2%	13,5%	12,1%
	% del total	7,1%	5,0%	12,1%
	Residuos corregidos	-,6	,6	
<b>Interino distinto a dispositivo de apoyo</b>	N	32	21	53
	% Tipo de contrato	60,4%	39,6%	100%
	% Formación en P y PS	18,0%	20,2%	18,8%
	% del total	11,3%	7,4%	18,8%
	Residuos corregidos	-,5	,5	
<b>Eventual</b>	N	16	22	38
	% Tipo de contrato	42,1%	57,9%	100%
	% Formación en P y PS	9,0%	21,2%	13,5%
	% del total	5,7%	7,8%	13,5%
	Residuos corregidos	-2,9	2,9	
<b>Total</b>	N	178	104	282
	% Tipo de contrato	63,1%	36,9%	100%
	% Formación en P y PS	100%	100%	100%
	% del total	63,1%	36,9%	100%

Tabla 5.71 Formación en P y PS en los últimos 5 años según la situación laboral

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 10,902; gl=3; p=0,012) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

### 5.2.3.3.11 Categoría profesional y realización de actividades planificadas en prevención y promoción de la salud en el último año

Las personas de nuestra muestra, tal y como se puede apreciar en la tabla 5.72, que sí han realizado actividades planificadas en prevención y promoción en el último año en un mayor porcentaje han sido los estatutarios con un 71,8% seguido por los dispositivo de apoyo interino con un 70,6%, los interinos distintos a los dispositivos de apoyo con un 69,2% y los eventuales con un 44,7%.

Situación laboral		Realización de actividades planificadas en el último año		Total
		Si	No	
<b>Estatutario</b>	N	112	44	156
	% Tipo de contrato	71,8%	28,2%	100%
	% Realización de actividades planificadas	59,3%	48,4%	55,7%
	% del total	40,0%	15,7%	55,7%
	Residuos corregidos	1,7	-1,7	
<b>Dispositivo de Apoyo Interino</b>	N	24	10	34
	% Tipo de contrato	70,6%	29,4%	100%
	% Realización de actividades planificadas	12,7%	11,0%	12,1%
	% del total	8,6%	3,6%	12,1%
	Residuos corregidos	,4	-,4	
<b>Interino distinto a dispositivo de apoyo</b>	N	36	16	52
	% Tipo de contrato	69,2%	30,8%	100%
	% Realización de actividades planificadas	19,0%	17,6%	18,6%
	% del total	12,9%	5,7%	18,6%
	Residuos corregidos	,3	-,3	
<b>Eventual</b>	N	17	21	38
	% Tipo de contrato	44,7%	55,3%	100%
	% Realización de actividades planificadas	9,0%	23,1%	13,6%
	% del total	6,1%	7,5%	13,6%
	Residuos corregidos	-3,2	3,2	
<b>Total</b>	N	189	91	280
	% Tipo de contrato	67,5%	32,5%	100%
	% Realización de actividades planificadas	100%	100%	100%
	% del total	67,5%	32,5%	100%

Tabla 5.72 Realización de actividades planificadas de P y PS según la situación laboral

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 10,506; gl=3; p=0,015) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

### 5.2.3.1.12 Categoría profesional y opinión sobre la oferta en formación en prevención y promoción de la salud en el área de salud o distrito

En la tabla 5.73 podemos apreciar como la opinión sobre la oferta actual en P y PS que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato estatutario es que es

“insuficiente”, con un 59,6%. La opinión sobre la oferta actual en P y PS que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato dispositivo de apoyo interino es “insuficiente”, con un 64,7%. La opinión sobre la oferta actual en P y PS que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato interino distinto a dispositivo de apoyo es “insuficiente”, con un 66,7%. La opinión sobre la oferta actual en P y PS que posee un mayor porcentaje en los profesionales con un tipo de contrato eventual es “insuficiente”, con un 73,0%. En ningún tipo de contrato se observan porcentajes mayores al 5,9% en la opinión “nula”, y mayor al 1,3% en la opción “excesiva”.

Situación laboral		La oferta actual en éste campo te parece				Total
		Nula	Insuficiente	Adecuada	Excesiva	
<b>Estatutario</b>	N	6	93	55	2	156
	% Tipo de contrato	3,8%	59,6%	35,3%	1,3%	100%
	% La oferta actual te parece	60,0 %	52,8%	61,1%	100%	56,1%
	% del total	2,2%	33,5%	19,8%	0,7%	56,1%
	Residuos corregidos	,3	-1,4	1,2	1,3	
<b>Dispositivo de Apoyo Interino</b>	N	1	22	11	0	34
	% Tipo de contrato	2,9%	64,7%	32,4%	0,0%	100%
	% La oferta actual te parece	10,0 %	12,5%	12,2%	0,0%	12,2%
	% del total	0,4%	7,9%	4,0%	0,0%	12,2%
	Residuos corregidos	-,2	,2	,0	-,5	
<b>Interino distinto a dispositivo de apoyo</b>	N	3	34	14	0	51
	% Tipo de contrato	5,9%	66,7%	27,5%	0,0%	100%
	% La oferta actual te parece	30,0 %	19,3%	15,6%	0,0%	18,3%
	% del total	1,1%	12,2%	5,0%	0,0%	18,3%
	Residuos corregidos	1,0	,6	-,8	-,7	
<b>Eventual</b>	N	0	27	10	0	37
	% Tipo de contrato	0,0%	73,0%	27,0%	0,0%	100%
	% La oferta actual te parece	0,0%	15,3%	11,1%	0,0%	13,3%
	% del total	0,0%	9,7%	3,6%	0,0%	13,3%
	Residuos corregidos	-1,3	1,3	-,7	-,6	
<b>Total</b>	N	10	176	90	2	278
	% Tipo de contrato	3,6%	63,3%	32,4%	0,7%	100%
	% La oferta actual te parece	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	3,6%	63,3%	32,4%	0,7%	100%

Tabla 5.73 Opinión sobre la oferta en P y PS en tu área de salud o distrito según la situación laboral

El estadístico exacto de Fisher (valor= 4,970; p=0,841) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

### 5.2.3.4 Variable total de años trabajados en atención primaria

#### 5.2.3.4.1 Total de años en atención primaria y la edad

La tabla 5.74 nos muestra como de las personas con una experiencia total en atención primaria de entre 0 y 5 años el mayor porcentaje con un 44,3% se sitúa en el rango de edad de 31 a 40 años. Entre las personas con una experiencia total en atención primaria de entre 6 y 10 años el mayor porcentaje, con un 68,1%, se sitúan en el rango de edad de 31 a 40 años. Entre las personas con una experiencia total en atención primaria de entre 11 y 15 años el mayor porcentaje, con un 61,4% se sitúan en el rango de edad de 41 a 50 años. Entre las personas con una experiencia total en atención primaria de entre 16 y 20 años el mayor porcentaje, con un 82,4% se sitúan en el rango de edad de 41 a 50 años. Entre las personas con una experiencia total en atención primaria de igual o mayor a 21 años el mayor porcentaje, con un 52,0% se sitúan en el rango de edad de 41 a 50 años.

Total años AP		edad agrupada				Total
		21 a 30	31 a 40	41 a 50	más de 50	
0 a 5	N	27	39	14	8	88
	% añosatprimagrupada	30,7%	44,3%	15,9%	9,1%	100%
	% edadagrupada	96,4%	44,8%	11,7%	17,8%	31,4%
	% del total	9,6%	13,9%	5,0%	2,9%	31,4%
	Residuos corregidos	7,8	3,2	-6,2	-2,2	
6 a 10	N	1	32	11	3	47
	% añosatprimagrupada	2,1%	68,1%	23,4%	6,4%	100%
	% edadagrupada	3,6%	36,8%	9,2%	6,7%	16,8%
	% del total	0,4%	11,4%	3,9%	1,1%	16,8%
	Residuos corregidos	-2,0	6,0	-3,0	-2,0	
11 a 15	N	0	11	27	6	44
	% añosatprimagrupada	0,0%	25,0%	61,4%	13,6%	100%
	% edadagrupada	0,0%	12,6%	22,5%	13,3%	15,7%
	% del total	0,0%	3,9%	9,6%	2,1%	15,7%
	Residuos corregidos	-2,4	-9	2,7	-5	
16 a 20	N	0	4	42	5	51
	% añosatprimagrupada	0,0%	7,8%	82,4%	9,8%	100%
	% edadagrupada	0,0%	4,6%	35,0%	11,1%	18,2%
	% del total	0,0%	1,4%	15,0%	1,8%	18,2%
	Residuos corregidos	-2,6	-4,0	6,3	-1,3	
igual o mayor de 21	N	0	1	26	23	50
	% añosatprimagrupada	0,0%	2,0%	52,0%	46,0%	100%
	% edadagrupada	0,0%	1,1%	21,7%	51,1%	17,9%
	% del total	0,0%	0,4%	9,3%	8,2%	17,9%
	Residuos corregidos	-2,6	-4,9	1,4	6,4	
Total	N	28	87	120	45	280
	% añosatprimagrupada	10,0%	31,1%	42,9%	16,1%	100%
	% edadagrupada	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	10,0%	31,1%	42,9%	16,1%	100%

Tabla 5.74 Edad según los años trabajados en atención primaria.

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 180,530; gl=12; p=0,000) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.4.2 Total de años en atención primaria y sexo

Como puede verse en la tabla 5.75, de entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años un 63,5% son mujeres. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años el 55,3% son mujeres. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años el 68,9% son mujeres. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años el 54,9% son mujeres. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años el 54% son mujeres.

Total años AP		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
0 a 5	N	31	54	85
	% añosatprimagrupalada	36,5%	63,5%	100%
	% Sexo	27,7%	32,5%	30,6%
	% del total	11,2%	19,4%	30,6%
	Residuos corregidos	-,9	,9	
6 a 10	N	21	26	47
	% añosatprimagrupalada	44,7%	55,3%	100%
	% Sexo	18,8%	15,7%	16,9%
	% del total	7,6%	9,4%	16,9%
	Residuos corregidos	,7	-,7	
11 a 15	N	14	31	45
	% añosatprimagrupalada	31,1%	68,9%	100%
	% Sexo	12,5%	18,7%	16,2%
	% del total	5,0%	11,2%	16,2%
	Residuos corregidos	-1,4	1,4	
16 a 20	N	23	28	51
	% añosatprimagrupalada	45,1%	54,9%	100%
	% Sexo	20,5%	16,9%	18,3%
	% del total	8,3%	10,1%	18,3%
	Residuos corregidos	,8	-,8	
igual o mayor de 21	N	23	27	50
	% añosatprimagrupalada	46,0%	54,0%	100%
	% Sexo	20,5%	16,3%	18,0%
	% del total	8,3%	9,7%	18,0%
	Residuos corregidos	,9	-,9	
Total	N	112	166	278
	% añosatprimagrupalada	40,3%	59,7%	100%
	% Sexo	100%	100%	100%
	% del total	40,3%	59,7%	100%

Tabla 5.75 Sexo según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 3,636; gl=4; p=0,458) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

## 5.2.3.4.3 Total de años en atención primaria y ubicación del centro de salud

La tabla 5.76 nos muestra que entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años un 53,4% lo hacen en un centro urbano. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años el 70,2% lo hace en un centro urbano. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años el 69,6% lo hace en un centro urbano. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años el 82,4% lo hace en un centro urbano. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años el 76% lo hace en un centro urbano.

Total años AP		Ubicación del Centro de Salud o Consultorio		Total
		Menor de 10.000 hab	Mayor de 10.000 hab	
0 a 5	N	41	47	88
	% añosatprimagrupada	46,6%	53,4%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	45,6%	24,5%	31,2%
	% del total	14,5%	16,7%	31,2%
	Residuos corregidos	3,6	-3,6	
6 a 10	N	14	33	47
	% añosatprimagrupada	29,8%	70,2%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	15,6%	17,2%	16,7%
	% del total	5,0%	11,7%	16,7%
	Residuos corregidos	-,3	,3	
11 a 15	N	14	32	46
	% añosatprimagrupada	30,4%	69,6%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	15,6%	16,7%	16,3%
	% del total	5,0%	11,3%	16,3%
	Residuos corregidos	-,2	,2	
16 a 20	N	9	42	51
	% añosatprimagrupada	17,6%	82,4%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	10,0%	21,9%	18,1%
	% del total	3,2%	14,9%	18,1%
	Residuos corregidos	-2,4	2,4	
igual o mayor de 21	N	12	38	50
	% añosatprimagrupada	24,0%	76,0%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	13,3%	19,8%	17,7%
	% del total	4,3%	13,5%	17,7%
	Residuos corregidos	-1,3	1,3	
Total	N	90	192	282
	% añosatprimagrupada	31,9%	68,1%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	100%	100%	100%
	% del total	31,9%	68,1%	100%

Tabla 5.76 Ubicación del centro de salud según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 15,086; gl=4; p=0,005) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

## 5.2.3.4.4 Total de años en atención primaria y categoría profesional

La tabla 5.77 nos muestra que entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años un 73,6% son enfermeras. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años el 61,7% son enfermeras. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años el 50,0% son enfermeras. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años el 62,7% son enfermeras. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años el 46% son enfermeras.

Total años AP		categoría agrupada		Total
		enfermera	médico	
0 a 5	N	64	23	87
	% añosatprimagrupada	73,6%	26,4%	100%
	% categoría agrupada	37,4%	20,9%	31,0%
	% del total	22,8%	8,2%	31,0%
	Residuos corregidos	2,9	-2,9	
6 a 10	N	29	18	47
	% añosatprimagrupada	61,7%	38,3%	100%
	% categoría agrupada	17,0%	16,4%	16,7%
	% del total	10,3%	6,4%	16,7%
	Residuos corregidos	,1	-,1	
11 a 15	N	23	23	46
	% añosatprimagrupada	50,0%	50,0%	100%
	% categoría agrupada	13,5%	20,9%	16,4%
	% del total	8,2%	8,2%	16,4%
	Residuos corregidos	-1,6	1,6	
16 a 20	N	32	19	51
	% añosatprimagrupada	62,7%	37,3%	100%
	% categoría agrupada	18,7%	17,3%	18,1%
	% del total	11,4%	6,8%	18,1%
	Residuos corregidos	,3	-,3	
igual o mayor de 21	N	23	27	50
	% añosatprimagrupada	46,0%	54,0%	100%
	% categoría agrupada	13,5%	24,5%	17,8%
	% del total	8,2%	9,6%	17,8%
	Residuos corregidos	-2,4	2,4	
Total	N	171	110	281
	% añosatprimagrupada	60,9%	39,1%	100%
	% categoría agrupada	100%	100%	100%
	% del total	60,9%	39,1%	100%

Tabla 5.77 Categoría profesional según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 12,896; gl=4; p=0,012) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

## 5.2.3.4.5 Total de años en atención primaria y tipo de contrato

Como puede verse en la tabla 5.78, de entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años un 33% son eventuales. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años el 34,0% son interino distinto a dispositivo de apoyo. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años el 63,0% son estatutarios. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años el 94,1% son estatutarios. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años el 92% son estatutarios.

Total años AP		Tipo de contrato				Total
		Estatutario	Dispositivo de Apoyo Interino	Interino distinto a dispositivo de apoyo	Eventual	
0 a 5	N	21	19	19	29	88
	% añosatprimagrupalada	23,9%	21,6%	21,6%	33,0%	100%
	% Tipo de contrato	13,4%	55,9%	35,8%	76,3%	31,2%
	% del total	7,4%	6,7%	6,7%	10,3%	31,2%
	Residuos corregidos	-7,2	3,3	,8	6,5	
6 a 10	N	13	10	16	8	47
	% añosatprimagrupalada	27,7%	21,3%	34,0%	17,0%	100%
	% Tipo de contrato	8,3%	29,4%	30,2%	21,1%	16,7%
	% del total	4,6%	3,5%	5,7%	2,8%	16,7%
	Residuos corregidos	-4,2	2,1	2,9	,8	
11 a 15	N	29	5	12	0	46
	% añosatprimagrupalada	63,0%	10,9%	26,1%	0,0%	100%
	% Tipo de contrato	18,5%	14,7%	22,6%	0,0%	16,3%
	% del total	10,3%	1,8%	4,3%	0,0%	16,3%
	Residuos corregidos	1,1	-,3	1,4	-2,9	
16 a 20	N	48	0	2	1	51
	% añosatprimagrupalada	94,1%	0,0%	3,9%	2,0%	100%
	% Tipo de contrato	30,6%	0,0%	3,8%	2,6%	18,1%
	% del total	17,0%	0,0%	0,7%	0,4%	18,1%
	Residuos corregidos	6,1	-2,9	-3,0	-2,7	
igual o mayor de 21	N	46	0	4	0	50
	% añosatprimagrupalada	92,0%	0,0%	8,0%	0,0%	100%
	% Tipo de contrato	29,3%	0,0%	7,5%	0,0%	17,7%
	% del total	16,3%	0,0%	1,4%	0,0%	17,7%
	Residuos corregidos	5,7	-2,9	-2,2	-3,1	
Total	N	157	34	53	38	282
	% añosatprimagrupalada	55,7%	12,1%	18,8%	13,5%	100%
	% Tipo de contrato	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	55,7%	12,1%	18,8%	13,5%	100%

Tabla 5.78 Tipo de contrato según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 130,394; gl=12; p=0,000) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

## 5.2.3.4.6 Total de años en atención primaria y años desde la obtención de la titulación

La tabla 5.79 nos indica que de entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años un 54,9% hace 14 o menos años desde que obtuvieron la titulación. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años el 72,3% obtuvieron la titulación hace entre 15 y 30 años. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años el 70,5% obtuvieron la titulación hace entre 15 y 30 años. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años el 77,6% obtuvieron la titulación hace entre 15 y 30 años. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años el 56% obtuvieron la titulación hace entre 31 años o más.

Total años AP		años titulacagrupada			Total
		menor o igual a 14	15 a 30	31 o más	
0 a 5	N	45	27	10	82
	% añosatprimagrupada	54,9%	32,9%	12,2%	100%
	% años titulacagrupada	78,9%	17,8%	15,9%	30,1%
	% del total	16,5%	9,9%	3,7%	30,1%
	Residuos corregidos	9,0	-5,0	-2,8	
6 a 10	N	9	34	4	47
	% añosatprimagrupada	19,1%	72,3%	8,5%	100%
	% años titulacagrupada	15,8%	22,4%	6,3%	17,3%
	% del total	3,3%	12,5%	1,5%	17,3%
	Residuos corregidos	-,3	2,5	-2,6	
11 a 15	N	2	31	11	44
	% añosatprimagrupada	4,5%	70,5%	25,0%	100%
	% años titulacagrupada	3,5%	20,4%	17,5%	16,2%
	% del total	0,7%	11,4%	4,0%	16,2%
	Residuos corregidos	-2,9	2,1	,3	
16 a 20	N	1	38	10	49
	% añosatprimagrupada	2,0%	77,6%	20,4%	100%
	% años titulacagrupada	1,8%	25,0%	15,9%	18,0%
	% del total	0,4%	14,0%	3,7%	18,0%
	Residuos corregidos	-3,6	3,4	-,5	
igual o mayor de 21	N	0	22	28	50
	% añosatprimagrupada	0,0%	44,0%	56,0%	100%
	% años titulacagrupada	0,0%	14,5%	44,4%	18,4%
	% del total	0,0%	8,1%	10,3%	18,4%
	Residuos corregidos	-4,0	-1,9	6,1	
Total	N	57	152	63	272
	% añosatprimagrupada	21,0%	55,9%	23,2%	100%
	% años titulacagrupada	100%	100%	100%	100%
	% del total	21,0%	55,9%	23,2%	100%

Tabla 5.79 Años desde la obtención de la titulación según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 118,778; gl=8; p=0,000) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

## 5.2.3.4.7 Total de años en atención primaria y años en la zona básica de salud (ZBS)

La tabla 5.80 nos indica que de entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años un 96,6% llevan menos de 5 años en la ZBS. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años el 53,2% llevan menos de 5 años en la ZBS. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años el 54,3% llevan entre 6 y 15 años en la ZBS. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años el 43,1% llevan 16 o más años en la ZBS. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años el 46% llevan 16 o más años en la ZBS.

Total años AP		añoszbsagrupada			Total
		menor de 5	6 a 15	16 o más	
0 a 5	N	84	3	0	87
	% añosatprimagrupada	<b>96,6%</b>	<b>3,4%</b>	<b>0,0%</b>	100%
	% añoszbsagrupada	53,5%	3,9%	0,0%	31,0%
	% del total	29,9%	1,1%	0,0%	31,0%
	Residuos corregidos	9,2	-6,0	-5,1	
6 a 10	N	25	22	0	47
	% añosatprimagrupada	53,2%	<b>46,8%</b>	<b>0,0%</b>	100%
	% añoszbsagrupada	15,9%	28,9%	0,0%	16,7%
	% del total	8,9%	7,8%	0,0%	16,7%
	Residuos corregidos	-4	3,3	-3,4	
11 a 15	N	18	25	3	46
	% añosatprimagrupada	<b>39,1%</b>	<b>54,3%</b>	<b>6,5%</b>	100%
	% añoszbsagrupada	11,5%	32,9%	6,3%	16,4%
	% del total	6,4%	8,9%	1,1%	16,4%
	Residuos corregidos	-2,5	4,6	-2,1	
16 a 20	N	16	13	22	51
	% añosatprimagrupada	<b>31,4%</b>	<b>25,5%</b>	<b>43,1%</b>	100%
	% añoszbsagrupada	10,2%	17,1%	45,8%	18,1%
	% del total	5,7%	4,6%	7,8%	18,1%
	Residuos corregidos	-3,9	-,3	5,5	
igual o mayor de 21	N	14	13	23	50
	% añosatprimagrupada	<b>28,0%</b>	26,0%	<b>46,0%</b>	100%
	% añoszbsagrupada	8,9%	17,1%	47,9%	17,8%
	% del total	5,0%	4,6%	8,2%	17,8%
	Residuos corregidos	-4,4	-,2	6,0	
Total	N	157	76	48	281
	% añosatprimagrupada	55,9%	27,0%	17,1%	100%
	% añoszbsagrupada	100%	100%	100%	100%
	% del total	55,9%	27,0%	17,1%	100%

Tabla 5.80 Años en la ZBS según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 148,649; gl=8; p=0,000) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

## 5.2.3.4.8 Total de años en atención primaria y años en atención hospitalaria

La tabla 5.81 nos indica que de entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años un 65,1% han trabajado menos de 5 años en atención hospitalaria. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años el 65,9% han trabajado menos de 5 años en atención hospitalaria. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años el 55,6% han trabajado menos de 5 años en atención hospitalaria. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años el 78,0% han trabajado menos de 5 años en atención hospitalaria. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años el 90,5% han trabajado menos de 5 años en atención hospitalaria.

Total años AP		añosatespecial			Total
		menos de 5	6 a 15	16 o más	
0 a 5	N	56	11	19	86
	% añosatprimagrupada	65,1%	12,8%	22,1%	100%
	% añosatespecial	32,4%	28,2%	55,9%	35,0%
	% del total	22,8%	4,5%	7,7%	35,0%
	Residuos corregidos	-1,3	-1,0	2,8	
6 a 10	N	27	9	5	41
	% añosatprimagrupada	65,9%	22,0%	12,2%	100%
	% añosatespecial	15,6%	23,1%	14,7%	16,7%
	% del total	11,0%	3,7%	2,0%	16,7%
	Residuos corregidos	-,7	1,2	-,3	
11 a 15	N	20	9	7	36
	% añosatprimagrupada	55,6%	25,0%	19,4%	100%
	% añosatespecial	11,6%	23,1%	20,6%	14,6%
	% del total	8,1%	3,7%	2,8%	14,6%
	Residuos corregidos	-2,1	1,6	1,1	
16 a 20	N	32	7	2	41
	% añosatprimagrupada	78,0%	17,1%	4,9%	100%
	% añosatespecial	18,5%	17,9%	5,9%	16,7%
	% del total	13,0%	2,8%	0,8%	16,7%
	Residuos corregidos	1,2	,2	-1,8	
igual o mayor de 21	N	38	3	1	42
	% añosatprimagrupada	90,5%	7,1%	2,4%	100%
	% añosatespecial	22,0%	7,7%	2,9%	17,1%
	% del total	15,4%	1,2%	0,4%	17,1%
	Residuos corregidos	3,1	-1,7	-2,4	
Total	N	173	39	34	246
	% añosatprimagrupada	70,3%	15,9%	13,8%	100%
	% añosatespecial	100%	100%	100%	100%
	% del total	70,3%	15,9%	13,8%	100%

Tabla 5.81 Años en atención hospitalaria según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 21,266; gl=8; p=0,006) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

### 5.2.3.4.9 Total de años en atención primaria y nivel de conocimientos y destrezas autodeclarados en prevención y promoción de la salud

La tabla 5.82 nos permite observar que de entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años un 51,8% expresa poseer los conocimientos pero le faltan destrezas. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años el 46,8% expresa poseer los conocimientos pero le faltan destrezas. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años el 55,6% expresa poseer los conocimientos pero le faltan destrezas. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años el 59,2% expresa poseer los conocimientos pero le faltan destrezas. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años el 58,0% expresa poseer los conocimientos pero le faltan destrezas.

Total años AP		Piensas que tu nivel de conocimientos y destrezas en P y PS				Total
		No tengo conocimientos	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	
0 a 5	N	16	44	16	9	85
	% años agrupada	18,8%	51,8%	18,8%	10,6%	100%
	% tu nivel de conocimientos	51,6%	29,5%	22,5%	36,0%	30,8%
	% del total	5,8%	15,9%	5,8%	3,3%	30,8%
	Residuos corregidos	2,7	-,5	-1,7	,6	
6 a 10	N	5	22	14	6	47
	% años agrupada	10,6%	46,8%	29,8%	12,8%	100%
	% tu nivel de conocimientos	16,1%	14,8%	19,7%	24,0%	17,0%
	% del total	1,8%	8,0%	5,1%	2,2%	17,0%
	Residuos corregidos	-,1	-1,1	,7	1,0	
11 a 15	N	4	25	13	3	45
	% años agrupada	8,9%	55,6%	28,9%	6,7%	100%
	% tu nivel de conocimientos	12,9%	16,8%	18,3%	12,0%	16,3%
	% del total	1,4%	9,1%	4,7%	1,1%	16,3%
	Residuos corregidos	-,5	,2	,5	-,6	
16 a 20	N	4	29	15	1	49
	% años agrupada	8,2%	59,2%	30,6%	2,0%	100%
	% tu nivel de conocimientos	12,9%	19,5%	21,1%	4,0%	17,8%
	% del total	1,4%	10,5%	5,4%	0,4%	17,8%
	Residuos corregidos	-,8	,8	,9	-1,9	
igual o mayor de 21	N	2	29	13	6	50
	% años agrupada	4,0%	58,0%	26,0%	12,0%	100%

	% tu nivel de conocimientos	6,5%	19,5%	18,3%	24,0%	18,1%
	% del total	0,7%	10,5%	4,7%	2,2%	18,1%
	Residuos corregidos	-1,8	,6	,0	,8	
<b>Total</b>	N	31	149	71	25	276
	% años agrupada	11,2%	54,0%	25,7%	9,1%	100%
	% tu nivel de conocimientos	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	11,2%	54,0%	25,7%	9,1%	100%

Tabla 5.82 Nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 15,142; gl=12; p=0,234) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.4.10 Total de años en atención primaria y formación en prevención y promoción de salud

La tabla 5.83 nos permite observar que de entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años un 54,5% expresa que si han recibido formación en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años el 57,4% expresa que si han recibido formación en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años el 73,9% expresa que si han recibido formación en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años el 66,7% expresa que si han recibido formación en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años. En el grupo que tiene una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años el 70,0% expresa que si han recibido formación en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años.

Total años AP		Formación en P y PS en los últimos 5 años		Total
		Si	No	
<b>0 a 5</b>	N	48	40	88
	% dentro de años prim agrupada	54,5%	45,5%	100%
	% Formación en P y PS	27,0%	38,5%	31,2%
	% del total	17,0%	14,2%	31,2%
	Residuos corregidos	-2,0	2,0	
<b>6 a 10</b>	N	27	20	47
	% dentro de años prim agrupada	57,4%	42,6%	100%
	% Formación en P y PS	15,2%	19,2%	16,7%
	% del total	9,6%	7,1%	16,7%
	Residuos corregidos	-,9	,9	
<b>11 a 15</b>	N	34	12	46
	% dentro de años prim agrupada	73,9%	26,1%	100%
	% Formación en P y PS	19,1%	11,5%	16,3%
	% del total	12,1%	4,3%	16,3%
	Residuos corregidos	1,7	-1,7	
<b>16 a 20</b>	N	34	17	51

	% dentro de añosatprimagrupada	66,7%	33,3%	100%
	% Formación en P y PS	19,1%	16,3%	18,1%
	% del total	12,1%	6,0%	18,1%
	Residuos corregidos	,6	-,6	
<b>igual o mayor de 21</b>	N	35	15	50
	% dentro de añosatprimagrupada	70,0%	30,0%	100%
	% Formación en P y PS	19,7%	14,4%	17,7%
	% del total	12,4%	5,3%	17,7%
	Residuos corregidos	1,1	-1,1	
<b>Total</b>	N	178	104	282
	% dentro de añosatprimagrupada	63,1%	36,9%	100%
	% Formación en P y PS	100%	100%	100%
	% del total	63,1%	36,9%	100%

Tabla 5.83 Formación en prevención y promoción de salud según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor=7,023; gl=4; p=0,135) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.4.11 Total de años en atención primaria y realización de actividades planificadas en el último año

La tabla 5.84 muestra que de entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años un 63,2% expresa que si han realizado actividades planificadas en el último año. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años el 68,1% expresa que si han realizado actividades planificadas en el último año. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años el 76,1% expresa que si han realizado actividades planificadas en el último año. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años el 70,0% expresa que si han realizado actividades planificadas en el último año. En el grupo que tiene una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años el 64,0% expresa que si han realizado actividades planificadas en el último año.

Total años AP		Realización de actividades planificadas en el último año		Total
		Si	No	
<b>0 a 5</b>	N	55	32	87
	% añosatprimagrupada	63,2%	36,8%	100%
	% Realización de actividades planificadas	29,1%	35,2%	31,1%
	% del total	19,6%	11,4%	31,1%
	Residuos corregidos	-1,0	1,0	
<b>6 a 10</b>	N	32	15	47
	% añosatprimagrupada	68,1%	31,9%	100%
	% Realización de actividades planificadas	16,9%	16,5%	16,8%
	% del total	11,4%	5,4%	16,8%
	Residuos corregidos	,1	-,1	
<b>11 a 15</b>	N	35	11	46

	% añosatprimagrupada	76,1%	23,9%	100%
	% Realización de actividades planificadas	18,5%	12,1%	16,4%
	% del total	12,5%	3,9%	16,4%
	Residuos corregidos	1,4	-1,4	
16 a 20	N	35	15	50
	% añosatprimagrupada	70,0%	30,0%	100%
	% Realización de actividades planificadas	18,5%	16,5%	17,9%
	% del total	12,5%	5,4%	17,9%
	Residuos corregidos	,4	-,4	
igual o mayor de 21	N	32	18	50
	% añosatprimagrupada	64,0%	36,0%	100%
	% Realización de actividades planificadas	16,9%	19,8%	17,9%
	% del total	11,4%	6,4%	17,9%
	Residuos corregidos	-,6	,6	
Total	N	189	91	280
	% añosatprimagrupada	67,5%	32,5%	100%
	% Realización de actividades planificadas	100%	100%	100%
	% del total	67,5%	32,5%	100%

Tabla 5.84 Realización de actividades planificadas en el último año según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 2,702; gl=4; p=0,609) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

5.2.3.4.12 Total de años en atención primaria y opinión sobre la oferta en formación en prevención y promoción de la salud en el área de salud o distrito

La tabla 5.85 muestra que de entre las personas de nuestra muestra que han trabajado en atención primaria entre 0 y 5 años a un 62,4% le parece una oferta formativa insuficiente. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 6 y 10 años al 57,4% le parece una oferta formativa insuficiente. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 11 y 15 años al 64,4% le parece una oferta formativa insuficiente. En el grupo que tienen una experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años al 60,8% le parece una oferta formativa insuficiente. En el grupo que tiene una experiencia en atención primaria igual o mayor de 21 años al 72,0% le parece una oferta formativa insuficiente.

Total años AP		La oferta actual en éste campo te parece				Total
		Nula	Insuficiente	Adecuada	Excesiva	
0 a 5	N	1	53	31	0	85
	% añosatprimagrupada	1,2%	62,4%	36,5%	0,0%	100%
	% La oferta te parece	10,0%	30,1%	34,4%	0,0%	30,6%
	% del total	0,4%	19,1%	11,2%	0,0%	30,6%
	Residuos corregidos	-1,4	-,2	1,0	-,9	
6 a 10	N	1	27	19	0	47
	% añosatprimagrupada	2,1%	57,4%	40,4%	0,0%	100%
	% La oferta te parece	10,0%	15,3%	21,1%	0,0%	16,9%
	% del total	0,4%	9,7%	6,8%	0,0%	16,9%
	Residuos corregidos	-,6	-,9	1,3	-,6	
11 a 15	N	2	29	14	0	45

	% añosatprimagrupalada	4,4%	64,4%	31,1%	0,0%	100%
	% La oferta te parece	20,0%	16,5%	15,6%	0,0%	16,2%
	% del total	0,7%	10,4%	5,0%	0,0%	16,2%
	Residuos corregidos	,3	,2	-,2	-,6	
<b>16 a 20</b>	N	3	31	16	1	51
	% añosatprimagrupalada	5,9%	60,8%	31,4%	2,0%	100%
	% La oferta te parece	30,0%	17,6%	17,8%	50,0%	18,3%
	% del total	1,1%	11,2%	5,8%	0,4%	18,3%
	Residuos corregidos	1,0	-,4	-,2	1,2	
<b>igual o mayor de 21</b>	N	3	36	10	1	50
	% añosatprimagrupalada	6,0%	72,0%	20,0%	2,0%	100,0%
	% La oferta te parece	30,0%	20,5%	11,1%	50,0%	18,0%
	% del total	1,1%	12,9%	3,6%	0,4%	18,0%
	Residuos corregidos	1,0	1,4	-2,1	1,2	
<b>Total</b>	N	10	176	90	2	278
	% añosatprimagrupalada	3,6%	63,3%	32,4%	0,7%	100%
	% La oferta te parece	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	3,6%	63,3%	32,4%	0,7%	100%

Tabla 5.85 Opinión sobre la oferta en formación en prevención y promoción de la salud en el área de salud o distrito según los años trabajados en atención primaria

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 11,514; gl=12; p=0,485) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.5. Perfil de los profesionales según su nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud.

##### 5.2.3.5.1 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y la edad

La tabla 5.86 muestra que de entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 32,3% posee entre 41 y 50 años. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” en un 46,6% se encuentran en el rango de edad de entre 41 y 50 años. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” en un 45,7% se encuentran en el rango de edad de entre 41 y 50 años. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 44,0% se encuentran en el rango de edad de entre 31 y 40 años.

Conocimientos y destrezas		Edad agrupada				Total
		21 a 30	31 a 40	41 a 50	más de 50	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	9	9	10	3	31
	% nivel de conocimientos P y PS	29,0%	29,0%	32,3%	9,7%	100%
	% edad agrupada	32,1%	10,6%	8,5%	6,8%	11,3%
	% del total	3,3%	3,3%	3,6%	1,1%	11,3%
	Residuos corregidos	3,7	-,3	-1,2	-1,0	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	16	41	69	22	148
	% nivel de conocimientos P y PS	10,8%	27,7%	46,6%	14,9%	100%
	% edad agrupada	57,1%	48,2%	59,0%	50,0%	54,0%
	% del total	5,8%	15,0%	25,2%	8,0%	54,0%
	Residuos corregidos	,4	-1,3	1,4	-,6	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	2	24	32	12	70
	% nivel de conocimientos P y PS	2,9%	34,3%	45,7%	17,1%	100%
	% edad agrupada	7,1%	28,2%	27,4%	27,3%	25,5%
	% del total	0,7%	8,8%	11,7%	4,4%	25,5%
	Residuos corregidos	-2,4	,7	,6	,3	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	1	11	6	7	25
	% nivel de conocimientos P y PS	4,0%	44,0%	24,0%	28,0%	100%
	% edad agrupada	3,6%	12,9%	5,1%	15,9%	9,1%
	% del total	0,4%	4,0%	2,2%	2,6%	9,1%
	Residuos corregidos	-1,1	1,5	-2,0	1,7	
<b>Total</b>	N	28	85	117	44	274
	% nivel de conocimientos P y PS	10,2%	31,0%	42,7%	16,1%	100%
	% edad agrupada	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	10,2%	31,0%	42,7%	16,1%	100%

Tabla 5.86 Edad según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 24,319; gl=9; p=0,004) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.5.2 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y sexo

La tabla 5.87 muestra que de entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 55,6% son mujeres. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 63,1% son mujeres. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 52,1% son mujeres. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 64,0% son mujeres.

Conocimientos y destrezas		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	12	15	27
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	44,4%	55,6%	100%
	% Sexo	10,9%	9,3%	9,9%
	% del total	4,4%	5,5%	9,9%
	Residuos corregidos	,4	-,4	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	55	94	149
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	36,9%	63,1%	100%
	% Sexo	50,0%	58,0%	54,8%
	% del total	20,2%	34,6%	54,8%
	Residuos corregidos	-1,3	1,3	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	34	37	71
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	47,9%	52,1%	100%
	% Sexo	30,9%	22,8%	26,1%
	% del total	12,5%	13,6%	26,1%
	Residuos corregidos	1,5	-1,5	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	9	16	25
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	36,0%	64,0%	100%
	% Sexo	8,2%	9,9%	9,2%
	% del total	3,3%	5,9%	9,2%
	Residuos corregidos	-,5	,5	
<b>Total</b>	N	110	162	272
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	40,4%	59,6%	100%
	% Sexo	100%	100%	100%
	% del total	40,4%	59,6%	100%

Tabla 5.87 Sexo según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 2,789; gl=3; p=0,425) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.5.3 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y categoría profesional

La tabla 5.88 muestra que de entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 74,2% son enfermeras. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 56,1% son enfermeras. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 66,2% son enfermeras. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 56,0% son enfermeras.

Conocimientos y destrezas		Categoría agrupada		Total
		enfermera	médico	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	23	8	31
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	74,2%	25,8%	100%
	% categoriaagrupada	13,8%	7,4%	11,3%
	% del total	8,4%	2,9%	11,3%
	Residuos corregidos	1,6	-1,6	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	83	65	148
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	56,1%	43,9%	100%
	% categoriaagrupada	49,7%	60,2%	53,8%
	% del total	30,2%	23,6%	53,8%
	Residuos corregidos	-1,7	1,7	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	47	24	71
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	66,2%	33,8%	100%
	% categoriaagrupada	28,1%	22,2%	25,8%
	% del total	17,1%	8,7%	25,8%
	Residuos corregidos	1,1	-1,1	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	14	11	25
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	56,0%	44,0%	100%
	% categoriaagrupada	8,4%	10,2%	9,1%
	% del total	5,1%	4,0%	9,1%
	Residuos corregidos	-,5	,5	
<b>Total</b>	N	167	108	275
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	60,7%	39,3%	100%
	% categoriaagrupada	100%	100%	100%
	% del total	60,7%	39,3%	100%

Tabla 5.88 Categoría profesional según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 4,822; gl=3; p=0,185) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.5.4 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y ubicación del centro de salud

La tabla 5.89 nos indica que de entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 64,5% trabajan en un centro urbano. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 63,1% trabajan en un centro urbano. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 80,3% trabajan en un centro urbano. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 68,0% trabajan en un centro urbano.

Conocimientos y destrezas		Ubicación del Centro de Salud o Consultorio		Total
		Menor de 10.000 hab	Mayor de 10.000 hab	
No tengo conocimientos	N	11	20	31
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	35,5%	64,5%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	12,5%	10,6%	11,2%
	% del total	4,0%	7,2%	11,2%
	Residuos corregidos	,5	-,5	
Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	N	55	94	149
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	36,9%	63,1%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	62,5%	50,0%	54,0%
	% del total	19,9%	34,1%	54,0%
	Residuos corregidos	1,9	-1,9	
Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	N	14	57	71
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	19,7%	80,3%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	15,9%	30,3%	25,7%
	% del total	5,1%	20,7%	25,7%
	Residuos corregidos	-2,6	2,6	
Poseo las destrezas pero no los conocimientos	N	8	17	25
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	32,0%	68,0%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	9,1%	9,0%	9,1%
	% del total	2,9%	6,2%	9,1%
	Residuos corregidos	,0	,0	
Total	N	88	188	276
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	31,9%	68,1%	100%
	% Ubicación del Centro de Salud	100%	100%	100%
	% del total	31,9%	68,1%	100%

Tabla 5.89 Ubicación del centro de salud según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 6,759; gl=3; p=0,080) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.5.5 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y tipo de contrato

La tabla 5.90 muestra que de entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 51,6% son estatutarios. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 54,4% son estatutarios. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 59,2% son estatutarios. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 56,0% son estatutarios.

Conocimientos y destrezas		Tipo de contrato				Total
		Estatutario	Dispositivo de Apoyo Interino	Interino distinto a dispositivo de apoyo	Eventual	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	16	5	5	5	31
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	51,6%	16,1%	16,1%	16,1%	100%
	% Tipo de contrato	10,5%	14,7%	9,4%	13,9%	11,2%
	% del total	5,8%	1,8%	1,8%	1,8%	11,2%
	Residuos corregidos	-,5	,7	-,5	,5	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	81	20	29	19	149
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	54,4%	13,4%	19,5%	12,8%	100%
	% Tipo de contrato	52,9%	58,8%	54,7%	52,8%	54,0%
	% del total	29,3%	7,2%	10,5%	6,9%	54,0%
	Residuos corregidos	-,4	,6	,1	-,2	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	42	6	15	8	71
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	59,2%	8,5%	21,1%	11,3%	100%
	% Tipo de contrato	27,5%	17,6%	28,3%	22,2%	25,7%
	% del total	15,2%	2,2%	5,4%	2,9%	25,7%
	Residuos corregidos	,7	-1,2	,5	-,5	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	14	3	4	4	25
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	56,0%	12,0%	16,0%	16,0%	100%
	% Tipo de contrato	9,2%	8,8%	7,5%	11,1%	9,1%
	% del total	5,1%	1,1%	1,4%	1,4%	9,1%
	Residuos corregidos	,1	-,1	-,4	,5	
<b>Total</b>	N	153	34	53	36	276
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	55,4%	12,3%	19,2%	13,0%	100%
	% Tipo de contrato	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	55,4%	12,3%	19,2%	13,0%	100%

Tabla 5.90 Tipo de contrato según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 2,672; gl=9; p=0,976) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

### 5.2.3.5.6 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y años desde la obtención de la titulación

La tabla 5.91 muestra que de entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 45,2% hace entre 15 y 30 que obtuvieron la titulación. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 59,9% hace entre 15 y 30 que obtuvieron la titulación. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 57,4% hace entre 15 y 30 que obtuvieron la titulación. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 45,5% hace entre 15 y 30 que obtuvieron la titulación.

Conocimientos y destrezas		años titulacagrupada			Total
		menor o igual a 14	15 a 30	31 o más	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	12	14	5	31
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	38,7%	45,2%	16,1%	100%
	% años titulacagrupada	21,4%	9,3%	8,2%	11,6%
	% del total	4,5%	5,2%	1,9%	11,6%
	Residuos corregidos	2,6	-1,3	-,9	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	29	88	30	147
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	19,7%	59,9%	20,4%	100%
	% años titulacagrupada	51,8%	58,3%	49,2%	54,9%
	% del total	10,8%	32,8%	11,2%	54,9%
	Residuos corregidos	-,5	1,3	-1,0	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	10	39	19	68
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	14,7%	57,4%	27,9%	100%
	% años titulacagrupada	17,9%	25,8%	31,1%	25,4%
	% del total	3,7%	14,6%	7,1%	25,4%
	Residuos corregidos	-1,5	,2	1,2	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	5	10	7	22
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	22,7%	45,5%	31,8%	100%
	% años titulacagrupada	8,9%	6,6%	11,5%	8,2%
	% del total	1,9%	3,7%	2,6%	8,2%
	Residuos corregidos	,2	-1,1	1,1	
<b>Total</b>	N	56	151	61	268
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	20,9%	56,3%	22,8%	100%
	% años titulacagrupada	100%	100%	100%	100%
	% del total	20,9%	56,3%	22,8%	100%

Tabla 5.91 Años desde la obtención de la titulación según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 10,124; gl=6; p=0,120) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

### 5.2.3.5.7 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y años en la zona básica de salud (ZBS)

En la tabla 5.92 podemos observar como entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 58,1% lleva 5 años o menos trabajando en su ZBS. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 52,3% lleva 5 años o menos trabajando en su ZBS. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 60,0% lleva 5 años o menos trabajando en su ZBS. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 56,0% lleva 5 años o menos trabajando en su ZBS.

Conocimientos y destrezas		añoszbsagrupada			Total
		menor de 5	6 a 15	16 o más	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	18	9	4	31
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	58,1%	29,0%	12,9%	100%
	% añoszbsagrupada	11,8%	11,8%	8,5%	11,3%
	% del total	6,5%	3,3%	1,5%	11,3%
	Residuos corregidos	,3	,2	-,7	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	78	45	26	149
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	52,3%	30,2%	17,4%	100%
	% añoszbsagrupada	51,3%	59,2%	55,3%	54,2%
	% del total	28,4%	16,4%	9,5%	54,2%
	Residuos corregidos	-1,1	1,0	,2	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	42	16	12	70
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	60,0%	22,9%	17,1%	100%
	% añoszbsagrupada	27,6%	21,1%	25,5%	25,5%
	% del total	15,3%	5,8%	4,4%	25,5%
	Residuos corregidos	,9	-1,0	,0	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	14	6	5	25
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	56,0%	24,0%	20,0%	100%
	% añoszbsagrupada	9,2%	7,9%	10,6%	9,1%
	% del total	5,1%	2,2%	1,8%	9,1%
	Residuos corregidos	,1	-,4	,4	
<b>Total</b>	N	152	76	47	275
	% tu nivel de conocimientos en P y PS	55,3%	27,6%	17,1%	100%
	% añoszbsagrupada	100%	100%	100%	100%
	% del total	55,3%	27,6%	17,1%	100%

Tabla 5.92 Años en la ZBS según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 2,087; gl=6; p=0,911) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

### 5.2.3.5.8 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud total de años en atención primaria

En la tabla 5.93 podemos observar como entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 51,6% lleva 5 años o menos trabajando en atención primaria. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 29,5% lleva 5 años o menos trabajando en su atención primaria. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 22,5% lleva 5 años o menos trabajando en su atención primaria. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 36,0% lleva 5 años o menos trabajando en su atención primaria.

Conocimientos y destrezas		añosatprimagrupada					Total
		0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	igual o mayor de 21	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	16	5	4	4	2	31
	% nivel conocimientos en P y PS	51,6%	16,1%	12,9%	12,9%	6,5%	100%
	% dentro de añosapagrupada	18,8%	10,6%	8,9%	8,2%	4,0%	11,2%
	% del total	5,8%	1,8%	1,4%	1,4%	0,7%	11,2%
	Residuos corregidos	2,7	-1	-5	-8	-1,8	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	44	22	25	29	29	149
	% nivel conocimientos en P y PS	29,5%	14,8%	16,8%	19,5%	19,5%	100%
	% dentro de añosapagrupada	51,8%	46,8%	55,6%	59,2%	58,0%	54,0%
	% del total	15,9%	8,0%	9,1%	10,5%	10,5%	54,0%
	Residuos corregidos	-5	-1,1	,2	,8	,6	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	16	14	13	15	13	71
	% nivel conocimientos en P y PS	22,5%	19,7%	18,3%	21,1%	18,3%	100%
	% dentro de añosapagrupada	18,8%	29,8%	28,9%	30,6%	26,0%	25,7%
	% del total	5,8%	5,1%	4,7%	5,4%	4,7%	25,7%
	Residuos corregidos	-1,7	,7	,5	,9	,0	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	9	6	3	1	6	25
	% nivel conocimientos en P y PS	36,0%	24,0%	12,0%	4,0%	24,0%	100%
	% dentro de añosapagrupada	10,6%	12,8%	6,7%	2,0%	12,0%	9,1%
	% del total	3,3%	2,2%	1,1%	0,4%	2,2%	9,1%
	Residuos corregidos	,6	1,0	-6	-1,9	,8	
<b>Total</b>	N	85	47	45	49	50	276
	% nivel conocimientos en P y PS	30,8%	17,0%	16,3%	17,8%	18,1%	100%
	% dentro de añosapagrupada	100%	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	30,8%	17,0%	16,3%	17,8%	18,1%	100%

Tabla 5.93 Años atención primaria según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 15,142; gl=12; p=0,234) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

#### 5.2.3.5.9 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y años en atención hospitalaria

La tabla 5.94 nos muestra como entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 75,9% tiene 5 años o menos de experiencia en atención hospitalaria. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 77,0% tiene 5 años o menos de experiencia en atención hospitalaria. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 61,3% tiene 5 años o menos de experiencia en atención hospitalaria. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 60,9% tiene 5 años o menos de experiencia en atención hospitalaria.

Conocimientos y destrezas		añosatespecial			Total
		menos de 5	6 a 15	16 o más	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	22	3	4	29
	% nivel de conocimientos P y PS	75,9%	10,3%	13,8%	100%
	% añosatespecial	12,9%	8,3%	12,1%	12,1%
	% del total	9,2%	1,3%	1,7%	12,1%
	Residuos corregidos	,6	-,7	,0	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	97	17	12	126
	% nivel de conocimientos P y PS	77,0%	13,5%	9,5%	100%
	% añosatespecial	56,7%	47,2%	36,4%	52,5%
	% del total	40,4%	7,1%	5,0%	52,5%
	Residuos corregidos	2,1	-,7	-2,0	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	38	13	11	62
	% nivel de conocimientos P y PS	61,3%	21,0%	17,7%	100%
	% añosatespecial	22,2%	36,1%	33,3%	25,8%
	% del total	15,8%	5,4%	4,6%	25,8%
	Residuos corregidos	-2,0	1,5	1,1	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	14	3	6	23
	% nivel de conocimientos P y PS	60,9%	13,0%	26,1%	100%
	% añosatespecial	8,2%	8,3%	18,2%	9,6%
	% del total	5,8%	1,3%	2,5%	9,6%
	Residuos corregidos	-1,2	-,3	1,8	
<b>Total</b>	N	171	36	33	240
	% nivel de conocimientos P y PS	71,3%	15,0%	13,8%	100%
	% añosatespecial	100%	100%	100%	100%
	% del total	71,3%	15,0%	13,8%	100%

Tabla 5.94 Años en atención hospitalaria según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 8,921; gl=6; p=0,178) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

### 5.2.3.5.10 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y formación en prevención y promoción de la salud

La tabla 5.95 nos muestra como entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 83,9% no tiene formación en prevención y promoción de salud en los últimos 5 años. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 67,8% si tiene formación en prevención y promoción de salud en los últimos 5 años. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 83,1% tiene formación en prevención y promoción de salud en los últimos 5 años. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 56,0% no tiene formación en prevención y promoción de salud en los últimos 5 años.

Conocimientos y destrezas		Formación en P y PS en los últimos 5 años		Total
		Si	No	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	5	26	31
	% nivel de conocimientos P y PS	<b>16,1%</b>	<b>83,9%</b>	100%
	% Formación en P y PS	2,8%	26,0%	11,2%
	% del total	1,8%	9,4%	11,2%
	Residuos corregidos	-5,9	5,9	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	101	48	149
	% nivel de conocimientos P y PS	67,8%	32,2%	100%
	% Formación en P y PS	57,4%	48,0%	54,0%
	% del total	36,6%	17,4%	54,0%
	Residuos corregidos	1,5	-1,5	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	59	12	71
	% nivel de conocimientos P y PS	<b>83,1%</b>	<b>16,9%</b>	100%
	% Formación en P y PS	33,5%	12,0%	25,7%
	% del total	21,4%	4,3%	25,7%
	Residuos corregidos	3,9	-3,9	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	11	14	25
	% nivel de conocimientos P y PS	<b>44,0%</b>	<b>56,0%</b>	100%
	% Formación en P y PS	6,3%	14,0%	9,1%
	% del total	4,0%	5,1%	9,1%
	Residuos corregidos	-2,2	2,2	
<b>Total</b>	N	176	100	276
	% nivel de conocimientos P y PS	63,8%	36,2%	100%
	% Formación en P y PS	100%	100%	100%
	% del total	63,8%	36,2%	100%

Tabla 5.95 Formación en prevención y promoción de la salud según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 47,202; gl=3; p=0,000) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

### 5.2.3.5.11 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y realización de actividades planificadas en el último año

La tabla 5.96 nos muestra como entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 56,7% no ha realizado actividades planificadas de prevención y promoción de salud en el último año. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 70,3% si ha realizado actividades planificadas de prevención y promoción de salud en el último año. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 80,3% si ha realizado actividades planificadas de prevención y promoción de salud en el último año. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 52,0% si ha realizado actividades planificadas de prevención y promoción de salud en el último año.

Conocimientos y destrezas		Realización de actividades planificadas en el último año		Total
		Si	No	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	13	17	30
	% tu nivel de conocimientos P y PS	43,3%	56,7%	100,0%
	% Realización de actividades	7,0%	19,5%	10,9%
	% del total	4,7%	6,2%	10,9%
	Residuos corregidos	-3,1	3,1	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	104	44	148
	% tu nivel de conocimientos P y PS	70,3%	29,7%	100,0%
	% Realización de actividades	55,6%	50,6%	54,0%
	% del total	38,0%	16,1%	54,0%
	Residuos corregidos	,8	-,8	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	57	14	71
	% tu nivel de conocimientos P y PS	80,3%	19,7%	100,0%
	% Realización de actividades	30,5%	16,1%	25,9%
	% del total	20,8%	5,1%	25,9%
	Residuos corregidos	2,5	-2,5	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	13	12	25
	% tu nivel de conocimientos P y PS	52,0%	48,0%	100,0%
	% Realización de actividades	7,0%	13,8%	9,1%
	% del total	4,7%	4,4%	9,1%
	Residuos corregidos	-1,8	1,8	
<b>Total</b>	N	187	87	274
	% tu nivel de conocimientos P y PS	68,2%	31,8%	100,0%
	% Realización de actividades	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	68,2%	31,8%	100,0%

Tabla 5.96 Realización de actividades planificadas en el último año salud según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 16,663; gl=3; p=0,001) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas son estadísticamente significativas.

5.2.3.5.12 Variable nivel de conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud y opinión sobre la oferta en formación en prevención y promoción de la salud en el área de salud o distrito

La tabla 5.97 nos muestra como entre las personas de nuestra muestra con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “no tengo conocimientos”, un 70,0% opina que la oferta actual en su área o distrito es insuficiente. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas” un 65,3% opina que la oferta actual en su área o distrito es insuficiente. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo conocimientos y destrezas adecuadas” un 52,9% opina que la oferta actual en su área o distrito es insuficiente. Los profesionales con un nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado como “poseo las destrezas pero no los conocimientos” en un 76,0% opina que la oferta actual en su área o distrito es insuficiente. La opción “nula” o “excesiva” no es prácticamente expresada por ningún profesional, por lo que la opción “adecuada” prácticamente obtiene el resto del porcentaje.

		La oferta actual en éste campo te parece				Total
		Nula	Insuficiente	Adecuada	Excesiva	
<b>No tengo conocimientos</b>	N	1	21	8	0	30
	% nivel de conocimientos	3,3%	70,0%	26,7%	0,0%	100,
	% La oferta actual te parece	10,0%	12,1%	9,2%	0,0%	11,0%
	% del total	0,4%	7,7%	2,9%	0,0%	11,0%
	Residuos corregidos	-,1	,8	-,7	-,5	
<b>Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas</b>	N	8	96	41	2	147
	% nivel de conocimientos	5,4%	65,3%	27,9%	1,4%	100%
	% La oferta actual te parece	80,0%	55,5%	47,1%	100,0%	54,0%
	% del total	2,9%	35,3%	15,1%	0,7%	54,0%
	Residuos corregidos	1,7	,6	-1,6	1,3	
<b>Poseo conocimientos y destrezas adecuadas</b>	N	1	37	32	0	70
	% nivel de conocimientos	1,4%	52,9%	45,7%	0,0%	100%
	% La oferta actual te parece	10,0%	21,4%	36,8%	0,0%	25,7%
	% del total	0,4%	13,6%	11,8%	0,0%	25,7%
	Residuos corregidos	-1,2	-2,2	2,9	-,8	
<b>Poseo las destrezas pero no los conocimientos</b>	N	0	19	6	0	25
	% nivel de conocimientos	0,0%	76,0%	24,0%	0,0%	100%
	% La oferta actual te parece	0,0%	11,0%	6,9%	0,0%	9,2%

	% del total	0,0%	7,0%	2,2%	0,0%	9,2%
	Residuos corregidos	-1,0	1,4	-,9	-,5	
<b>Total</b>	N	10	173	87	2	272
	% nivel de conocimientos	3,7%	63,6%	32,0%	0,7%	100%
	% La oferta actual te parece	100%	100%	100%	100%	100%
	% del total	3,7%	63,6%	32,0%	0,7%	100%

Tabla 5.97 Opinión sobre la oferta en formación en prevención y promoción de la salud en su área de salud o distrito según el nivel de conocimientos y destrezas en P y PS

La prueba Chi-cuadrado de Pearson (valor= 12,632; gl=9; p=0,180) y el análisis de residuos permite confirmar que las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

### **5.3. Resultados del cuestionario de actitudes de enfermeras y médicos ante las actividades de prevención y promoción en atención primaria (CAPPAP)**

A continuación se muestran los resultados de los distintos objetivos que persigue nuestro trabajo.

#### **5.3.1 Actitud de los profesionales de enfermería y medicina de Atención Primaria ante actividades preventivas y de promoción**

Antes de pasar a describir los resultados se hace necesario recordar que significa cada una de las dimensiones que se valoran con el CAPPAP.

- *Dimensión 1 "Mejora". Necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro,* se define como la creencia por parte de los profesionales acerca de la necesidad de mejorar determinadas intervenciones preventivas y de promoción.

A la hora de interpretar las puntuaciones debemos tener en cuenta que una puntuación alta significa una alta necesidad de mejora, ya que cree que es necesario mejorar ciertas intervenciones en su centro.

- *Dimensión 2 "Percepción". Percepción de la actitud de los profesionales del centro,* se define como la creencia que tienen los profesionales acerca de su colectivo, otros colectivos profesionales y del funcionamiento de su centro ante las actividades preventivas y de promoción. A la hora de interpretar las puntuaciones debemos tener en cuenta que a mayor puntuación una percepción más positiva de la actitud ante las actividades preventivas y de promoción por parte de los profesionales de su centro.

- *Dimensión 3: "Importancia". Importancia concedida a las actividades de prevención y promoción,* se define como la creencia que tiene el profesional acerca del valor que tienen ciertas actividades preventivas y de promoción de la salud.

A la hora de interpretar las puntuaciones debemos tener en cuenta que una puntuación alta significa que el profesional cree muy importante esa actividad,

- *Dimensión 4 "Oportunidades". Oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades preventivas y de promoción,* se define como la intención de conducta que tiene el profesional ante determinadas circunstancias para la realización de actividades preventivas y de promoción.

A la hora de interpretar las puntuaciones debemos tener en cuenta que una puntuación alta significa que el profesional tendría intención de llevar a cabo ciertas conductas en situaciones concretas.

- *Dimensión 5 “Barreras”*. *Obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción*, se definen como factores que dificultan la realización de actividades preventivas y de promoción.

A la hora de interpretar las puntuaciones debemos tener en cuenta que una puntuación alta significa que el profesional piensa que es un obstáculo muy grande.

En la tabla 5.98 se muestran las puntuaciones medias globales obtenidas en cada una de las dimensiones del CAPPAP. Se observa que la puntuación más alta se encuentra en la dimensión “importancia de las actividades preventivas y de promoción” con 4.39 puntos, mientras que la más baja se encuentra en la dimensión “necesidad de mejora” con 3.06 puntos.

		Mejora	Percepción	Importancia	Oportunidades	Barreras
N	Válidos	262	242	271	276	274
	Perdidos	20	40	11	6	8
Media		3,06	3,75	4,39	4,19	3,55
Mediana		3,00	3,80	4,45	4,29	3,60
Desviación típica		0,762	0,560	0,490	0,468	0,662
Percentiles	25	2,55	3,40	4,09	3,86	3,20
	50	3,00	3,80	4,45	4,29	3,60
	75	3,64	4,10	4,82	4,57	4,00

Tabla 5.98 Puntuaciones medias globales de cada dimensión del CAPPAP

En el gráfico de cajas 5.20 podemos observar para cada una de las dimensiones que:

- Mejora: el valor de la mediana es de 3 puntos. El 50% central de los casos se agrupa entre el valor 2.55 y 3.64. Existe una mayor agrupación de los datos en el cuartil 2, ya que un 25% de los mismos se agrupa entre los valores 2.55 y 3. La patilla inferior es más larga que la superior, por lo que podemos indicar que existe una asimetría de las colas de la distribución. Existen dos valores extremos, que como nos indica Tukey, son aquellos que presentan una distancia superior a 1.5 veces la amplitud intercuartil ( $H3-H1$ ).
- Percepción: el valor de la mediana es de 3.80 puntos. El 50% central de los casos se agrupa entre el valor 3.40 y 4.10. Existe una mayor agrupación de los datos en el cuartil 3, ya que un 25% de los mismos se agrupa entre los valores 3.80 y 4.10. Existe un valor extremo.

- **Importancia:** el valor de la mediana es de 4.45 puntos. El 50% central de los casos se agrupa entre el valor 4.09 y 4.82. La agrupación de los datos en la caja, tanto en el cuartil 2 y el 3 es

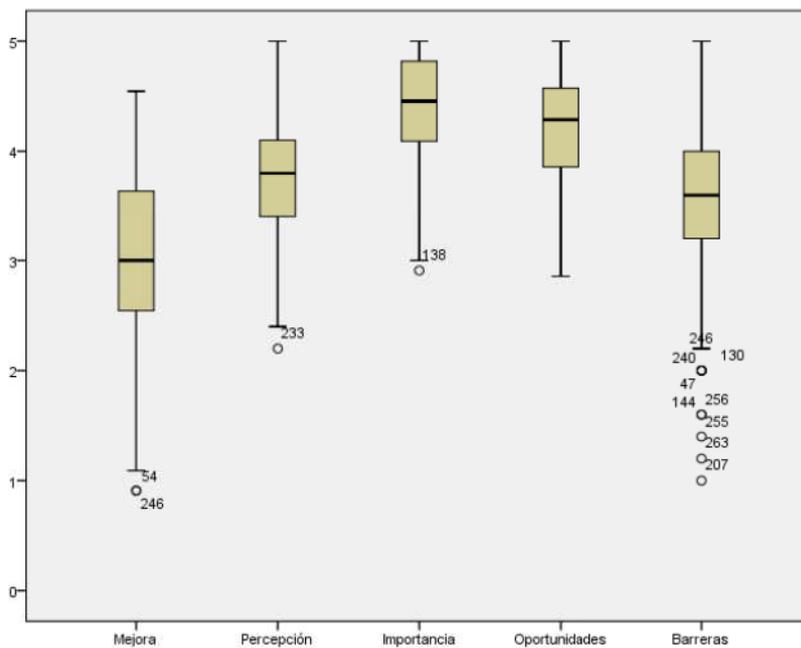


Figura 5.20 Diagrama de caja de las dimensiones del CAPPAP

prácticamente igual. La patilla inferior es más larga que la superior, por lo que podemos indicar que existe una asimetría de las colas de la distribución. Existe un valor extremo.

-**Oportunidades:** el valor de la mediana es de 4.29 puntos. El 50% central de los casos se agrupa entre el valor 3.86 y 4.57. Existe una mayor agrupación de los

casos de la caja en el cuartil 2, ya

que un 25% de los mismos se agrupa entre los valores 3.86 y 4.29. La patilla inferior es más larga que la superior, por lo que podemos indicar que existe una asimetría de las colas de la distribución. No existen valores extremos.

- **Barreras:** el valor de la mediana es de 3.60 puntos. El 50% central de los casos se agrupa entre el valor 3.20 y 4.00. La agrupación de los datos en la caja, tanto en el cuartil 2 y el 3 es igual. Existen nueve valores extremos.

### 5.3.2 Comparación de las diferencias en las actitudes según su edad y sexo

#### 5.3.2.1 Edad

La media de edad es de 42.30 ( $dt=8.49$ ). Para proceder a analizar los datos se hace necesario ver si los datos siguen una distribución normal a través de la prueba Kolmogorov-Smirnov, que nos ofrece el valor de  $p=0.001$ , por lo que no se puede asumir normalidad.

Valoramos por tanto la asociación de la edad con las distintas dimensiones a través de la prueba estadística Rho de Spearman. Sólo se obtiene una relación estadísticamente significativa entre la dimensión "oportunidades" y la edad (tabla 5.99). El valor de esta asociación indica (al ser menor que 0.3) que existe una correlación inversa y débil entre la dimensión "oportunidades" y la edad.

	Mejora	Percepción	Importancia	Oportunidades*	Barreras
<b>Coefficiente de correlación</b>	0,025	-0,109	0,040	-0,121	-0,006
<b>Sig. (bilateral)</b>	0,689	0,090	0,518	0,046	0,924
<b>N</b>	261	241	269	274	273

\*Nota: Diferencia estadísticamente significativa

**Tabla 5.99 Relación entre la edad y las dimensiones del CAPPAP**

Como se aprecia en la figura 5.21 la dimensión peor puntuada en todos los grupos de edad es “mejora” y la mejor puntuada “importancia”, excepto en el grupo de edad de 21 a 30 años.

Para los mayores de 50 años se observa una tendencia descendente con respecto al tramo de

edad de 40 a 49 años en todas

las dimensiones excepto en

“barreras” y “mejora”. Entre las

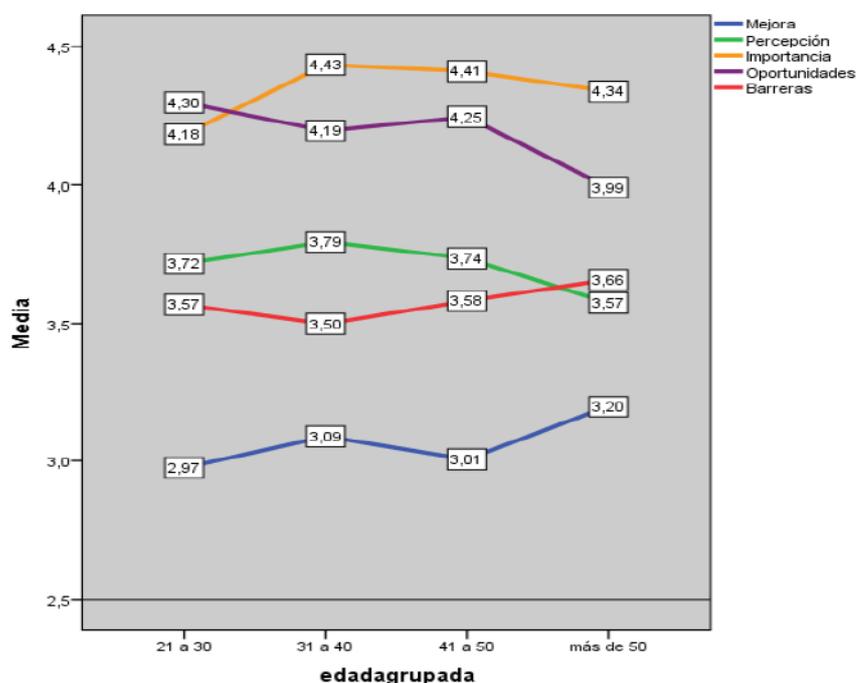
medias de las dimensiones no

existe una diferencia mayor a

0.31 puntos, hecho que ocurre

en la dimensión

“oportunidades”.



**Figura 5.21 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la edad**

### 5.3.2.2 Sexo

En la tabla 5.100 se observan los valores de la media de cada dimensión según el sexo. Dichos valores oscilan entre el 3.01 de la dimensión “mejora” en el grupo de mujeres y el valor 4.43 en la dimensión “importancia” en el grupo de mujeres. Todas las puntuaciones superan el punto medio de la escala, situado en 2.5. En la tabla 5.100 se observa que existe asociación estadísticamente significativa entre la dimensión “percepción” y el sexo, en concreto las mujeres presentan una puntuación mayor en esta dimensión.

Dimensión	Sexo	N	Media	Desviación típ.	p
Mejora	Hombre	107	3,13	0,770	0.428
	Mujer	152	3,01	0,756	
Percepción*	Hombre	99	3,65	0,548	0.037
	Mujer	140	3,81	0,566	
Importancia	Hombre	108	4,34	0,491	0.110
	Mujer	160	4,43	0,493	
Oportunidades	Hombre	111	4,14	0,492	0.270
	Mujer	162	4,21	0,447	
Barreras	Hombre	111	3,51	0,654	0.242
	Mujer	160	3,57	0,667	

En las dimensiones marcadas con “\*” se ha realizado un análisis con el estadístico t de Student. En las dimensiones no marcadas se ha realizado un análisis con el estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 5.100 Relación entre la variable el sexo y las dimensiones del CAPPAP

Como se aprecia en la figura 5.21 las mujeres puntúan más alto que los hombres en todas las dimensiones excepto en la dimensión “mejora”. Como muestran los análisis realizados la mayor diferencia entre la puntuación de hombres y mujeres ocurre en la dimensión “percepción de la actitud de los profesionales del centro”.

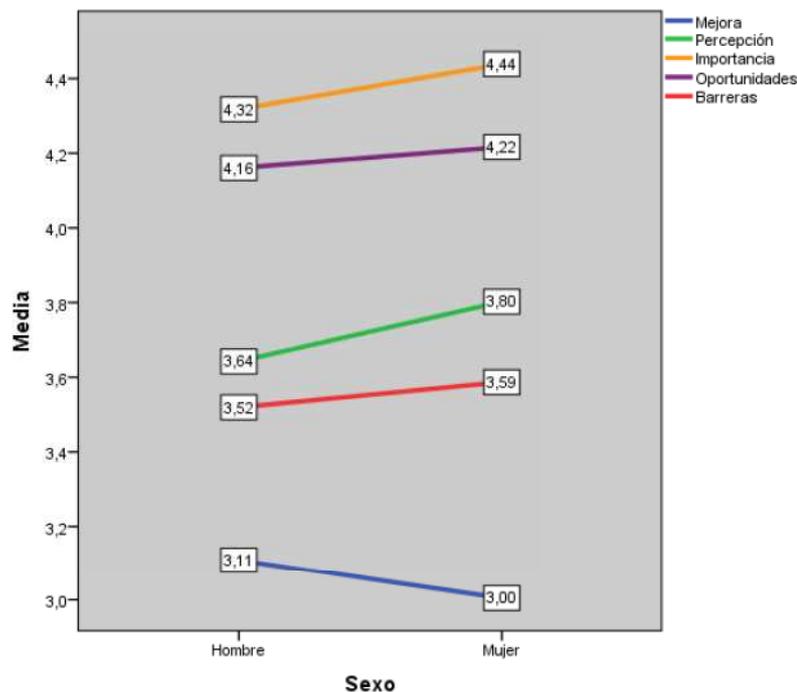


Figura 5.22 Gráfico de líneas de comparación de medias del

CAPPAP según la variable sexo

### 5.3.3 Diferencias de las actitudes entre los distintos profesionales sanitarios

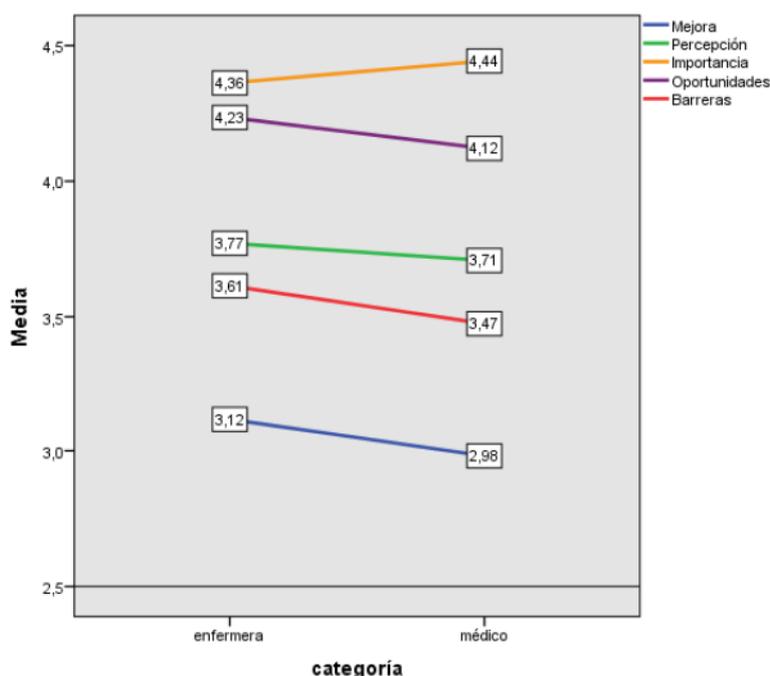
Como se observa en la tabla 5.101 los valores de la media de las distintas dimensiones para la categoría enfermera oscilan entre 3.12 dimensión “mejora” y 4.36 en la dimensión “importancia”. Para la categoría médico oscilan entre 2.98 y 4.44 en las mismas dimensiones. Todas las puntuaciones superan el punto medio de la escala, situado en 2.5. Se observan diferencias estadísticamente significativas en la dimensión “oportunidades”, con puntuaciones más altas para las enfermeras frente a los médicos. En las dimensiones “mejora” y “barreras” se aproxima a la significación estadística ( $p=0.059$  y  $p=0.063$  respectivamente).

Dimensión	Categoría	N	Media	Desviación típ.	p
Mejora	enfermera	160	3,12	0,794	0,059
	médico	101	2,98	0,708	
Percepción*	enfermera	149	3,77	0,579	0,394
	médico	92	3,71	0,530	
Importancia	enfermera	166	4,36	0,500	0,201
	médico	104	4,44	0,475	
Oportunidades	enfermera	166	4,23	0,467	<b>0,035</b>
	médico	109	4,12	0,465	
Barreras	enfermera	166	3,61	0,674	0,063
	médico	107	3,47	0,603	

En las dimensiones marcadas con “\*” se ha realizado un análisis con el estadístico t de Student. En las dimensiones no marcadas se ha realizado un análisis con el estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 5.101 Relación entre la variable categoría profesional y las dimensiones del CAPPAP

Como se aprecia en la figura 5.23 las enfermeras puntúan más alto que los médicos en todas las dimensiones excepto en la dimensión “importancia”. Entre las medias de ambas categorías



no existe nunca una diferencia mayor a 0.14 (mejora y barreras).

Si se realiza un análisis estratificado por tipo de contrato, tal y como se puede apreciar en la tabla 5.102, las diferencias halladas se producen en la categoría profesional estatutarios y eventual. En concreto se aprecia que entre los profesionales estatutarios

Figura 5.23 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable categoría profesional

existe asociación estadísticamente significativa en las dimensiones “mejora” y “oportunidades” y en la dimensión “barreras” se aproxima a la significación estadística. En los tres casos la puntuación de las enfermeras estatutarias es mayor que la de los médicos. En el tipo de contrato eventual existe asociación estadísticamente significativa en la dimensión “mejora”, pero es interesante que en este caso se invierte la puntuación, y son los médicos quienes puntúan por encima de las enfermeras.

Tipo de contrato	Dimensión	Categoría	N	Media	Desviación típica	p	
Estatutario	Mejora*	Enfermera*	98	3,27	0,793	0.018	
		Médico*	47	2,99	0,738		
	Percepción	Enfermera	85	3,74	0,620	0.064	
		Médico	38	3,56	0,476		
	Importancia	Enfermera	103	4,40	0,510	0.903	
		Médico	48	4,39	0,547		
	Oportunidades*	Enfermera*	101	4,23	0,475	0.002	
		Médico*	52	3,98	0,463		
	Barreras*	Enfermera	101	3,65	0,615	0.059	
		Médico	50	3,44	0,606		
	Dispositivo de Apoyo Interino	Mejora	Enfermera	18	2,93	0,854	0.556
			Médico	15	2,83	0,458	
Percepción		Enfermera	18	3,83	0,521	0.682	
		Médico	15	3,91	0,513		
Importancia		Enfermera	18	4,38	0,439	0.343	
		Médico	15	4,51	0,365		
Oportunidades		Enfermera	18	4,07	0,503	0.297	
		Médico	16	4,28	0,389		
Barreras		Enfermera	18	3,44	0,819	0.365	
		Médico	16	3,20	0,723		
Interino distinto a dispositivo de apoyo		Mejora	Enfermera	25	2,77	0,788	0.540
			Médico	24	2,74	0,660	
	Percepción	Enfermera	27	3,79	0,503	0.163	
		Médico	23	3,61	0,569		
	Importancia	Enfermera	24	4,27	0,441	0.085	
		Médico	25	4,50	0,422		
	Oportunidades	Enfermera	26	4,28	0,484	0.483	
		Médico	25	4,21	0,454		
	Barreras	Enfermera	27	3,50	0,808	0.625	
		Médico	25	3,66	0,496		
	Eventual	Mejora*	Enfermera *	19	2,94	0,544	0.027
			Médico *	15	3,50	0,675	
Percepción		Enfermera	19	3,82	0,577	0.422	
		Médico	16	4,01	0,467		
Importancia		Enfermera	21	4,27	0,566	0.476	
		Médico	16	4,44	0,428		
Oportunidades		Enfermera	21	4,33	0,353	0.844	
		Médico	16	4,29	0,456		
Barreras		Enfermera	20	3,75	0,629	0.290	
		Médico	16	3,58	0,551		

\*Nota: diferencias estadísticamente significativas

Tabla 5.102 Relación entre la variable tipo de contrato y las dimensiones del CAPPAP

### 5.3.4 Diferencias en las actitudes según la localización rural o urbana del centro de trabajo

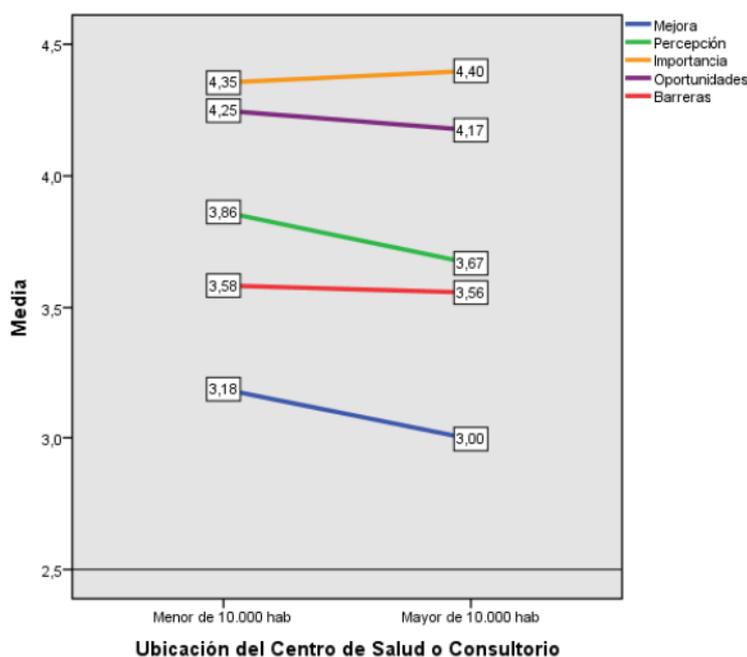
Como se observa en la tabla 5.103 los valores de la media de las distintas dimensiones para los profesionales de centros de salud en áreas urbanas oscilan entre 3.01 en la dimensión “mejora” y 4.40 en la dimensión “importancia”. Para la categoría rural oscilan entre 3.19 y 4.38 en las mismas dimensiones. Todas las puntuaciones superan el punto medio de la escala, situado en 2.5. Los análisis de comparación de medias muestran que las diferencias en la dimensión “percepción de la actitud de los profesionales del centro” son estadísticamente significativas, puntuando los profesionales de centros rurales más alto que lo de centros urbanos.

Dimensión	Ubicación del Centro de Salud	N	Media	Desviación típ.	p
Mejora	Menor de 10.000 hab	84	3,19	0,753	0,095
	Mayor de 10.000 hab	178	3,01	0,761	
Percepción*	Menor de 10.000 hab	85	3,86	0,603	<b>0,017</b>
	Mayor de 10.000 hab	157	3,68	0,526	
Importancia	Menor de 10.000 hab	85	4,38	0,453	0,822
	Mayor de 10.000 hab	186	4,40	0,507	
Oportunidades	Menor de 10.000 hab	88	4,23	0,459	0,263
	Mayor de 10.000 hab	188	4,17	0,472	
Barreras	Menor de 10.000 hab	88	3,55	0,625	0,880
	Mayor de 10.000 hab	186	3,55	0,680	

En las dimensiones marcadas con “\*” se ha realizado un análisis con el estadístico t de Student. En las dimensiones no marcadas se ha realizado un análisis con el estadístico U de Mann-Whitney.

Tabla 5.103 Relación entre la variable ubicación del centro y las dimensiones del CAPPAP

Como se aprecia en la figura 5.24 los profesionales en las zonas rurales puntúan más alto que



en las urbanas en todas las dimensiones excepto en la dimensión “importancia”. Entre las medias de ambas categorías no existe nunca una diferencia mayor a 0.19 (percepción) donde se han encontrado las diferencias estadísticamente significativas.

Figura 5.24 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable ubicación del centro

Se realiza un análisis estratificado por tipo de contrato, tal y como se puede apreciar en la tabla 5.104. Se observa que en el tipo de contrato estatutario existe asociación estadísticamente significativa en la dimensión “mejora”, puntuando más esta dimensión los profesionales de zonas rurales. En el tipo de contrato Dispositivo de Apoyo Interino existe asociación estadísticamente significativa en la dimensión “percepción”, puntuando más esta dimensión los profesionales de zonas rurales. Para el tipo de contrato Interino distinto a Dispositivo de Apoyo existe asociación estadísticamente significativa en la dimensión “importancia”, puntuando más esta dimensión los profesionales de zonas urbanas.

Tipo de contrato	Dimensión	Ubicación del Centro de Salud o Consultorio	N	Media	Desviación típ.	p	
Estatutario	Mejora	Menor de 10.000 hab	37	3,42	0,801	0.032	
		Mayor de 10.000 hab	108	3,10	0,766		
	Percepción	Menor de 10.000 hab	36	3,79	0,694	0.269	
		Mayor de 10.000 hab	87	3,64	0,530		
	Importancia*	Menor de 10.000 hab	36	4,49	0,473	0.224	
		Mayor de 10.000 hab	115	4,37	0,533		
	Oportunidades	Menor de 10.000 hab	38	4,16	0,481	0.869	
		Mayor de 10.000 hab	115	4,14	0,489		
	Barreras	Menor de 10.000 hab	37	3,60	0,611	0.800	
		Mayor de 10.000 hab	114	3,57	0,622		
	Dispositivo de Apoyo Interino	Mejora	Menor de 10.000 hab	13	2,82	0,660	0.653
			Mayor de 10.000 hab	20	2,93	0,730	
Percepción		Menor de 10.000 hab	13	4,12	0,471	0.020	
		Mayor de 10.000 hab	20	3,70	0,478		
Importancia		Menor de 10.000 hab	13	4,44	0,389	0.977	
		Mayor de 10.000 hab	20	4,44	0,427		
Oportunidades		Menor de 10.000 hab	14	4,28	0,361	0.258	
		Mayor de 10.000 hab	20	4,09	0,510		
Barreras		Menor de 10.000 hab	14	3,24	0,539	0.593	
		Mayor de 10.000 hab	20	3,39	0,912		
Interino distinto a dispositivo de apoyo	Mejora	Menor de 10.000 hab	19	3,00	0,660	0.057	
		Mayor de 10.000 hab	30	2,60	0,724		
	Percepción	Menor de 10.000 hab	19	3,76	0,640	0.561	
		Mayor de 10.000 hab	31	3,67	0,469		
	Importancia	Menor de 10.000 hab	19	4,23	0,325	0.033	
		Mayor de 10.000 hab	30	4,49	0,482		
	Oportunidades	Menor de 10.000 hab	19	4,37	0,518	0.143	
		Mayor de 10.000 hab	32	4,17	0,424		
	Barreras	Menor de 10.000 hab	20	3,67	0,718	0.456	
		Mayor de 10.000 hab	32	3,53	0,652		
Eventual	Mejora	Menor de 10.000 hab	15	3,19	0,682	0.989	
		Mayor de 10.000 hab	20	3,19	0,642		
	Percepción	Menor de 10.000 hab	17	3,94	0,384	0.667	
		Mayor de 10.000 hab	19	3,86	0,639		
	Importancia	Menor de 10.000 hab	17	4,28	0,539	0.509	
		Mayor de 10.000 hab	21	4,39	0,482		
	Oportunidades	Menor de 10.000 hab	17	4,22	0,404	0.170	
		Mayor de 10.000 hab	21	4,39	0,370		
	Barreras*	Menor de 10.000 hab	17	3,53	0,574	0.209	
		Mayor de 10.000 hab	20	3,68	0,790		

En las dimensiones marcadas con “\*” se ha realizado un análisis con el estadístico U de Mann-Whitney. En las dimensiones no marcadas se ha realizado un análisis con el estadístico t de Student.

Tabla 5.104 Relación entre la variable tipo de contrato y las dimensiones del CAPPAP

### 5.3.5 Diferencias en las actitudes según variables ocupacionales: situación laboral y experiencia profesional

#### 5.3.5.1 Diferencias en las actitudes según situación laboral

En la tabla 5.105 y figura 5.25 se muestran las puntuaciones en las dimensiones del CAPPAP según el tipo de contrato de los profesionales. En la dimensión “mejora” los profesionales interinos distintos al dispositivo de apoyo son los que puntúan más bajo frente a los estatutarios y eventuales que puntúan más alto. En cuanto a la dimensión “percepción de la actitud de los demás profesionales” el profesional con contrato eventual es el que puntúa más alto frente al estatutario que presenta la puntuación más baja. La dimensión “importancia” presenta puntuaciones muy similares aunque el profesional puntúa algo más bajo que el resto.

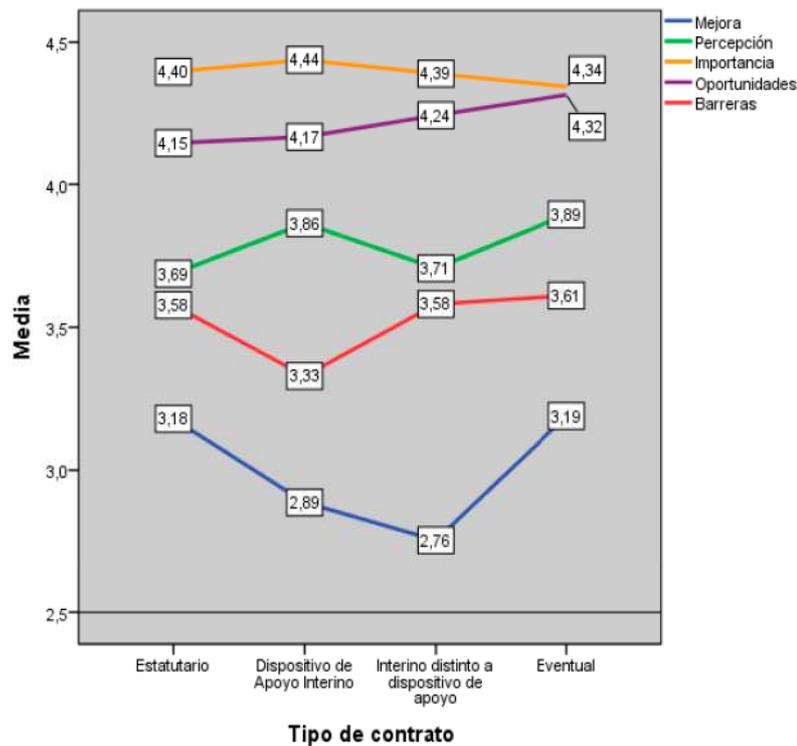
Dimensión	Tipo de contrato	N	Media	Desviación típica	p
<b>Mejora*</b>	Estatutario	145	3,18	0,785	0,002
	Dispositivo de Apoyo Interino	33	2,89	0,695	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo (a)	49	2,76	0,721	
	Eventual	35	3,19	0,650	
	Total	262	3,06	0,762	
<b>Percepción*</b>	Estatutario	123	3,69	0,584	0,132
	Dispositivo de Apoyo Interino	33	3,86	0,511	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	50	3,71	0,536	
	Eventual	36	3,89	0,528	
	Total	242	3,75	0,560	
<b>Importancia</b>	Estatutario	151	4,40	0,520	0,887
	Dispositivo de Apoyo Interino	33	4,44	0,406	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	49	4,39	0,442	
	Eventual	38	4,34	0,504	
	Total	271	4,39	0,490	
<b>Oportunidades</b>	Estatutario	153	4,15	0,485	0,229
	Dispositivo de Apoyo Interino	34	4,17	0,458	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	51	4,24	0,466	
	Eventual	38	4,32	0,390	
	Total	276	4,19	0,468	
<b>Barreras</b>	Estatutario	151	3,58	0,618	0,199
	Dispositivo de Apoyo Interino	34	3,33	0,774	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	52	3,58	0,675	
	Eventual	37	3,61	0,694	
	Total	274	3,55	0,662	

Para las dimensiones con un \* el valor de p se ha calculado a través de la prueba ANOVA de un factor, para el resto se ha utilizado la prueba de Kruskal Wallis.

(a) Diferencias entre Interino distinto a dispositivo de apoyo y estatutario y eventual.

Tabla 5.105 Relación entre la variable tipo de contrato y las dimensiones del CAPPAP

Los estatutarios son los que puntúan más bajo en las dimensiones “oportunidades” frente al eventual que es el tipo de profesional que puntúa más alto. Finalmente la puntuación en barreras es muy similar en todos los tipos de contrato, aunque puntúa por debajo de los demás el profesional de apoyo interino. El análisis de comparación de medias muestra que las diferencias encontradas en la dimensión mejora entre los profesionales interinos distinto a dispositivo de apoyo frente al estatutario y el eventual son estadísticamente significativas.



**Figura 5.25** Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable tipo de contrato

### 5.3.5.2 Diferencias en las actitudes según los años desde la obtención de la titulación

En la tabla 5.106 se observa que en las dimensiones “mejora” y “barreras” no hay diferencias entre las puntuaciones de los profesionales según los años desde la obtención de la titulación. Sin embargo, en las dimensiones “percepción”, “importancia” y “oportunidades” quienes obtuvieron la titulación hace 31 años o más son quienes puntúan más bajo.

Tras el análisis de comparación de medias se observa que las diferencias encontradas en las dimensiones percepción y oportunidades son estadísticamente significativa. Mientras que las diferencias en la dimensión importancia se aproximan a la diferencia estadística.

Dimensión	Años desde obtención titulación	N	Media	Desviación típica	p
<b>Mejora*</b>	menor o igual a 14	53	3,04	,715	0,909
	15 a 30	142	3,04	,788	
	31 o más	57	3,09	,740	
	Total	252	3,05	,760	
<b>Percepción</b>	menor o igual a 14 <b>(a)</b>	56	3,85	,508	<b>0,034</b>
	15 a 30	132	3,74	,545	
	31 o más	44	3,57	,614	
	Total	232	3,74	,555	
<b>Importancia</b>	menor o igual a 14	56	4,32	,464	0,058
	15 a 30	145	4,45	,483	
	31 o más	60	4,30	,538	
	Total	261	4,39	,495	
<b>Oportunidades</b>	menor o igual a 14 <b>(b)</b>	57	4,27	,405	<b>0,011</b>
	15 a 30	149	4,24	,444	
	31 o más	60	4,02	,527	
	Total	266	4,20	,464	
<b>Barreras</b>	menor o igual a 14	56	3,51	,675	0,541
	15 a 30	147	3,58	,669	
	31 o más	61	3,50	,582	
	Total	264	3,55	,650	

**(a)** Diferencias entre las categorías < o igual a 14 años y 31 o más años.  
**(b)** Diferencias entre 31 o más años con las otras dos categorías

Tabla 5.106 Relación entre la variable años desde la obtención de la titulación y las dimensiones del CAPPAP

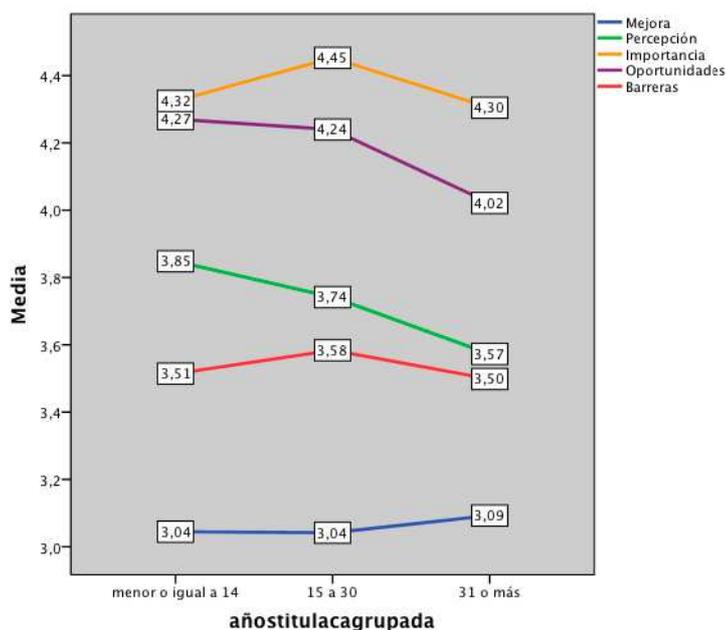


Figura 5.26 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable años desde la obtención de la titulación

En la figura 5.26 se observa que los profesionales que obtuvieron el título hace 31 años o más son quienes presentan puntuaciones más bajas en todas las dimensiones excepto en “mejora”. Además como se dijo anteriormente las dimensiones con diferencias mayores son “percepción” y “oportunidades”.

## 5.3.5.3 Diferencias en las actitudes según la experiencia profesional en atención primaria

Como se observa en la tabla 5.107 los valores de la media en la dimensión “mejora” oscilan desde el valor 2.99 en los profesionales entre 6 y 10 años de experiencia en AP y el valor 3.14 en los profesionales de 16 a 20 años de experiencia. En la dimensión “percepción” las diferencias son mínimas con valores de 3.71 en los profesionales entre 11 y 15 años de experiencia en AP y el valor 3.79 en los profesionales de 0 a 5 años de experiencia.

En la dimensión “importancia” los valores oscilan entre 4.33 en los profesionales entre 0 y 5 años y el valor 4.48 en los profesionales de 11 a 15 años de experiencia. En la dimensión “oportunidades” oscilan entre el valor 4.13 en los profesionales igual o mayor a 21 años y el valor 4.24 en los profesionales de 16 a 20 años de experiencia. En la dimensión “barreras” los valores oscilan entre 3.47 en los profesionales entre 0 y 5 años y el valor 3.75 en los profesionales de 6 a 10 años de experiencia. Todas las puntuaciones superan el punto medio de la escala, situado en 2.5.

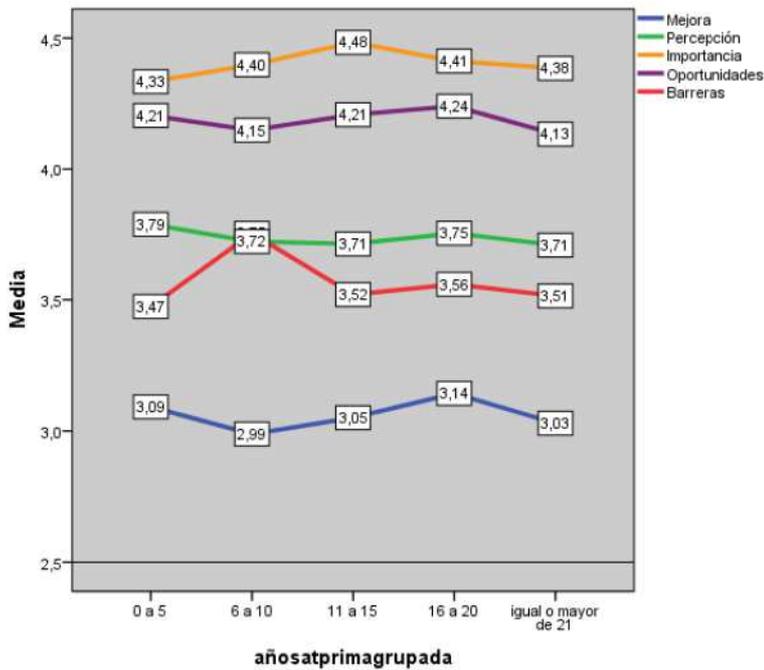
Dimensión	Experiencia en AP	N	Media	Desviación típica	p
<b>Mejora</b>	0 a 5	79	3,09	0,731	0.807
	6 a 10	47	2,99	0,735	
	11 a 15	43	3,05	0,779	
	16 a 20	47	3,14	0,898	
	igual o mayor de 21	46	3,03	0,696	
<b>Percepción *</b>	0 a 5	81	3,79	0,482	0.935
	6 a 10	45	3,72	0,647	
	11 a 15	39	3,71	0,534	
	16 a 20	41	3,75	0,534	
	igual o mayor de 21	36	3,71	0,675	
<b>Importancia</b>	0 a 5	83	4,33	0,445	0.337
	6 a 10	47	4,40	0,481	
	11 a 15	44	4,48	0,507	
	16 a 20	50	4,41	0,557	
	igual o mayor de 21	47	4,38	0,490	
<b>Oportunidades</b>	0 a 5	85	4,21	0,476	0.878
	6 a 10	46	4,15	0,511	
	11 a 15	46	4,21	0,469	
	16 a 20	51	4,24	0,409	
	igual o mayor de 21	48	4,13	0,480	
<b>Barreras</b>	0 a 5	86	3,47	0,692	0.373
	6 a 10	47	3,75	0,602	
	11 a 15	45	3,52	0,620	
	16 a 20	49	3,56	0,628	
	igual o mayor de 21	47	3,51	0,718	

Para las dimensiones con un \* el valor de p se ha calculado a través de la prueba ANOVA de un factor, para el resto se ha utilizado la prueba de Kruskal Wallis.

Tabla 5.107 Relación entre la variable experiencia en AP y las dimensiones del CAPPAP

Tras realizar las pruebas de comparación de medias correspondientes (tabla 5.107) se observa que ninguna de las diferencias es estadísticamente significativa.

Como se aprecia en la figura 5.27 la dimensión peor puntuada en todos los grupos de edad es



“mejora” y la mejor puntuada “importancia”. Para los profesionales de nuestra muestra que tienen 21 o más años de experiencia en atención primaria se observa una tendencia descendente con respecto al tramo 16 a 20 años de experiencia en atención primaria para todas las dimensiones.

Figura 5.27 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable años atención primaria

#### 5.3.5.4 Diferencias en las actitudes según la experiencia profesional en atención hospitalaria

Como se observa en la tabla 5.108 los valores de la media en la dimensión “mejora” oscilan desde el valor 2.91 en los profesionales entre 6 y 15 años de experiencia en atención especializada y el valor 3.47 en los profesionales con 16 o más años de experiencia en atención especializada. En la dimensión “percepción” oscilan desde el valor 3.71 en los profesionales entre 16 o más años el valor 3.75 en los profesionales con menos de 5 años de experiencia.

En la dimensión “importancia” oscilan desde el valor 4.31 en los profesionales entre 6 y 15 años y el valor 4.39 en los profesionales con menos de 5 años y los de 16 o más años de experiencia.

En la dimensión “oportunidades” oscilan desde el valor 4.00 en los 16 o más años y el valor 4.22 en los profesionales de 0 a 15 años de experiencia. En la dimensión “barreras” oscilan desde el valor 3.56 en los profesionales entre 0 y 15 años y el valor 3.59 en los profesionales de 16 o más años de experiencia.

Dimensión	Años en AH	N	Media	Desviación típica	p
Mejora	menos de 5	161	3,05	0,765	0.005
	6 a 15	35	2,91	0,693	
	16 o más (a)	32	3,47	0,705	
Percepción	menos de 5	154	3,75	0,565	0.995
	6 a 15	30	3,72	0,619	
	16 o más	27	3,71	0,531	
Importancia	menos de 5	166	4,39	0,480	0.768
	6 a 15	38	4,31	0,521	
	16 o más	32	4,39	0,535	
Oportunidades	menos de 5	170	4,22	0,462	0.064
	6 a 15	38	4,22	0,414	
	16 o más	32	4,00	0,515	
Barreras	menos de 5	169	3,56	0,721	0.837
	6 a 15	37	3,56	0,479	
	16 o más	34	3,59	0,573	

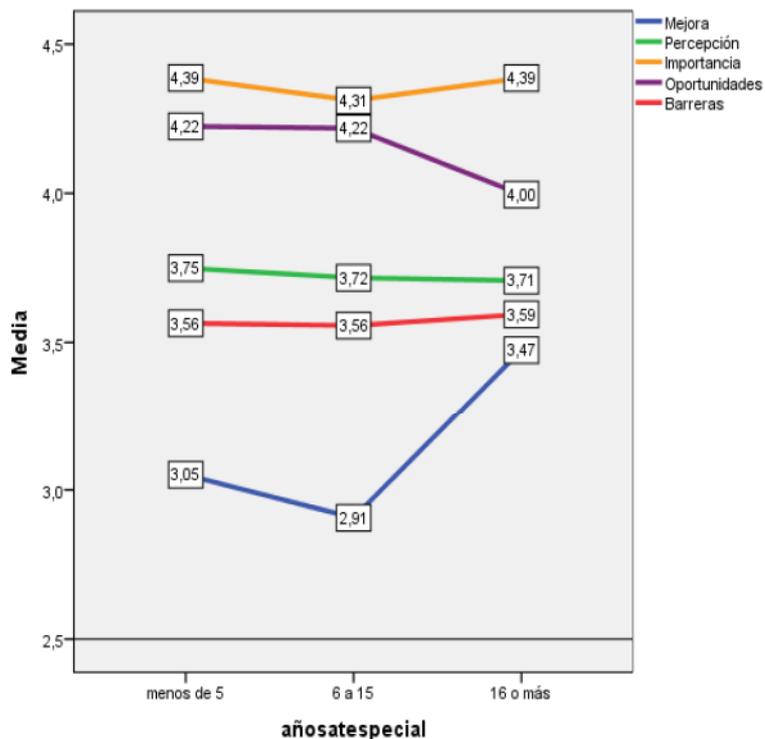
Se ha utilizado la prueba de Kruskal Wallis para comparación de medias.

(a) comparación entre categorías 16 o más años frente a las categorías < 5 años y de 6 a 15

Tabla 5.108 Relación entre la variable años en hospitalizada y las dimensiones del CAPPAP

Tras los análisis de comparación de medias las diferencias encontradas en la dimensión “mejora” son estadísticamente significativas. Así los profesionales con 16 o más años de experiencia en atención hospitalaria tienen puntuaciones más altas que los que tienen entre 6 y 15 años y menos de 5 años de experiencia.

Como se aprecia en la figura 5.28 la dimensión peor puntuada en todos los grupos es “mejora”



y la mejor puntuada “importancia”.

Para los profesionales que tienen 16 o más años de experiencia en atención hospitalaria, se observa una tendencia descendente con respecto al tramo de 6 a 15 años de experiencia en atención hospitalaria en la dimensión “oportunidades”.

Figura 5.28 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable años atención hospitalaria

### 5.3.5.5 Diferencias en las actitudes según los años de experiencia profesional

Para poder realizar este análisis es necesario distinguir que la experiencia profesional se ha calculado a partir de los años en atención primaria más los años en atención especializada. Dicha clasificación es debida a que hay un 64.6% (n=82) de profesionales médicos que poseen 0 años de experiencia en atención hospitalaria, incrementándose este porcentaje hasta un 84.1% en los que poseen hasta 4 años de experiencia en atención hospitalaria.

La media de experiencia profesional de los profesionales de nuestra muestra es de 18.97

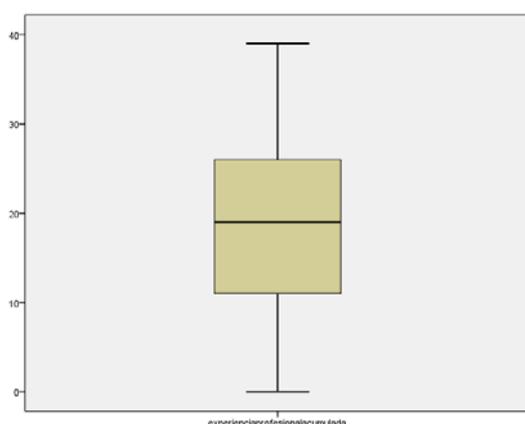


Figura 5.29. Diagrama de caja experiencia profes.

( $dt=8.906$ ) años y la mediana es de 19.00 años, con un rango que va de 0 a 39 años de experiencia.

Como se observa en la figura 5.29, el 50% central de los casos se agrupa entre los valores 11 y 26 años de experiencia profesional. La distribución de los profesionales dentro de la caja, es decir entre el primer y tercer cuartil es bastante simétrica, con una leve asimetría a favor de los profesionales que tienen más años de experiencia profesional, es decir, en el rango del tercer cuartil: entre los

valores 19 y 26 (rango de 7 puntos). El segundo cuartil se sitúa entre los valores 11 y 19 años (rango de 8 puntos). La patilla superior es más larga que la inferior, por lo que podemos indicar que existe una asimetría de las colas de la distribución. El rango de Q1 es de 11 puntos y el de Q4 de 13, esto nos indica que los profesionales están más agrupados en el primer cuartil, de ahí está asimetría en las colas de la distribución. No existen casos outlier.

Se decidió estudiar la correlación entre años de experiencia profesional y las dimensiones del CAPPAP. Dado que no se puede asumir normalidad se utilizó para ello la prueba Rho de Spearman. En la tabla 5.109 se muestran los resultados, observando que hay correlación entre los años totales de experiencia profesional y la dimensión “percepción” y “oportunidades”. Ambos valores nos indican (al ser menor que 0.3) que existe una correlación inversa (a menor experiencia mayor puntuación) y débil entre las dimensiones “percepción”, “oportunidades” y los años de experiencia profesional.

	Mejora	Percepción	Importancia	Oportunidades	Barreras
<b>Coefficiente de correlación</b>	,040	-,154*	-,001	-,140*	,038
<b>Sig. (bilateral)</b>	,526	,019	,990	,022	,537
<b>N</b>	252	232	261	266	264

Tabla 5.109 Correlación entre las dimensiones del CAPPAP

### 5.3.6 Diferencias en las actitudes según la formación de los profesionales: otras titulaciones, formación específica en prevención y promoción y oferta de formación en el área de salud

En este apartado se analizará en primer lugar la relación entre las actitudes y que el profesional posea otras titulaciones, en segundo lugar se analizará la relación entre las actitudes y que haya realizado o no formación específica en prevención y promoción y en tercer lugar la relación entre la actitud y la opinión sobre la oferta en formación en prevención y promoción de la salud en el área de salud o distrito.

#### 5.3.6.1 Análisis de la relación entre las actitudes y que el profesional posea otras titulaciones

Como se observa en la tabla 5.110 tanto los profesionales con otras titulaciones, como los que dicen no tenerla, puntúan más bajo en la dimensión “mejora” y más alto en la dimensión “importancia”. Todas las puntuaciones superan el punto medio de la escala, situado en 2.5. La comparación de las medias con pruebas estadísticas muestra que no hay significación estadística en ninguna dimensión, aunque la diferencia hallada en la dimensión barreras se aproxima a la diferencia estadísticamente significativa.

Dimensión	Otras titulaciones	N	Media	Desviación típ.	p
Mejora	Sí	42	2,97	0,797	0.368
	No	217	3,08	0,749	
Percepción	Sí	32	3,82	0,562	0.469
	No	207	3,74	0,562	
Importancia	Sí	46	4,39	0,503	0.951
	No	222	4,39	0,490	
Oportunidades*	Sí	47	4,19	0,499	0.911
	No	226	4,19	0,462	
Barreras	Sí	47	3,36	0,822	0.055
	No	225	3,61	0,590	

En las dimensiones marcadas con “\*” se ha realizado un análisis con el estadístico U de Mann-Whitney. En las dimensiones no marcadas se ha realizado un análisis con el estadístico t de Student.

Tabla 5.110 Relación entre la variable otras titulaciones y las dimensiones del CAPPAP

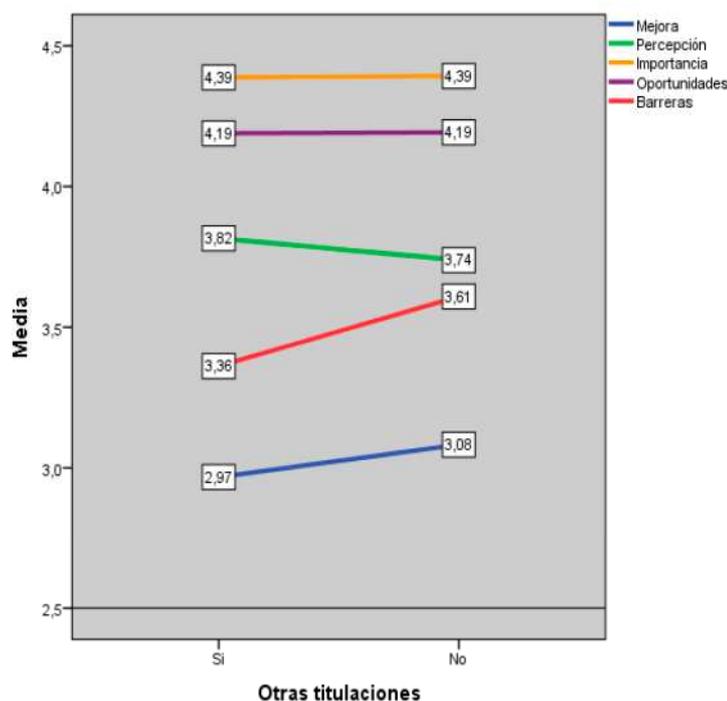


Figura 5.30 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable otras titulaciones

Como se aprecia en la figura 5.30 los profesionales que poseen otras titulaciones puntúan más alto que los que no las tienen en las dimensiones “percepción, igual en las dimensiones “importancia” y “oportunidades” y más bajo en las dimensiones “barreras” y “mejora”.

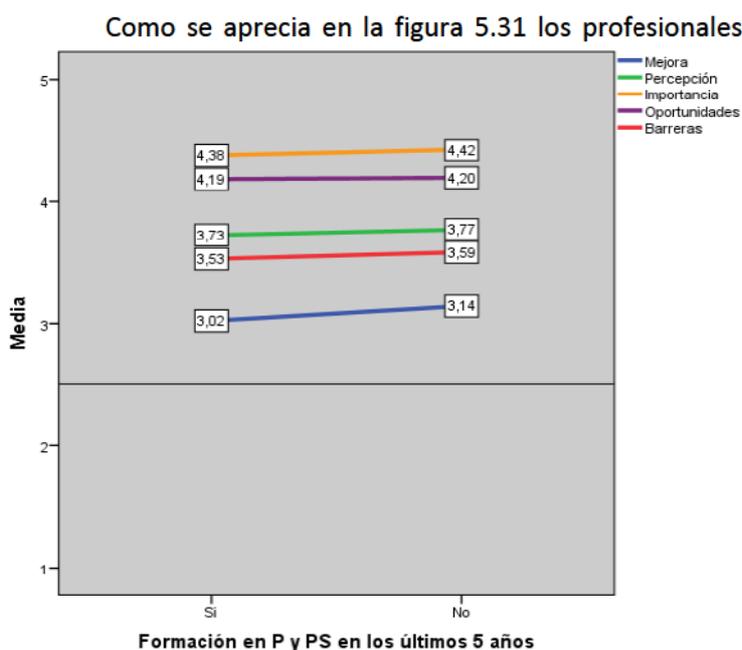
### 5.3.6.2 Análisis de la relación entre las actitudes y la formación específica en prevención y promoción en los últimos 5 años

En general las puntuaciones son muy similares entre los dos grupos de profesionales independientemente de que se hayan formado o no prevención y promoción en los últimos 5 años. Como se observa en la tabla 5.111 los profesionales que “si se han formado en Prevención y Promoción en los últimos 5 años” tienen la puntuación más baja en la dimensión “mejora”, muy similar a la de los profesionales que dicen no haberse formado. Las puntuaciones más altas en ambos grupos se encuentran en la dimensión importancia. Todas las puntuaciones superan el punto medio de la escala, situado en 2.5. Las pruebas de comparación de medias, confirman que las diferencias no son estadísticamente significativas.

Dimensión	Formación en P y PS en los últimos 5 años	N	Media	Desviación típ.	p
Mejora	Si	166	3,02	,795	0.225
	No	96	3,14	,700	
Percepción	Si	146	3,73	,599	0.543
	No	96	3,77	,496	
Importancia	Si	171	4,38	,505	0.443
	No	100	4,42	,465	
Oportunidades*	Si	174	4,19	,455	0.779
	No	102	4,20	,492	
Barreras	Si	173	3,53	,674	0.513
	No	101	3,59	,642	

En las dimensiones marcadas con “\*” se ha realizado un análisis con el estadístico U de Mann-Whitney. En las dimensiones no marcadas se ha realizado un análisis con el estadístico t de Student

Tabla 5.111 Relación entre la variable formación y las dimensiones del CAPPAP



Fira 5.31 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable formación en prevención y promoción

### 5.3.6.3 Análisis de la relación entre las actitudes y la opinión sobre la oferta de formación

En la tabla 5.112 se observa que prácticamente no hay casos en las opciones de respuesta “nula” y “excesiva” por lo que solo nos fijaremos en las respuestas obtenidas en las opciones “insuficiente” y “adecuada”. Así, se observa que quienes consideran que la oferta de formación es insuficiente puntúan más alto en la dimensión “mejora”, mientras que puntúan más bajo en la dimensión “percepción” y “barreras” que quienes opinan que la oferta es adecuada. En las dimensiones importancia y oportunidades prácticamente son iguales.

Dimensión	Oferta formativa	N	Media	Desviación típica	p
Mejora*	Nula	7	2,95	0,625	0,345
	Insuficiente	168	3,13	0,779	
	Adecuada	84	2,97	0,741	
	Excesiva	2	2,59	0,579	
	Total	261	3,07	0,763	
Percepción*	Nula	9	3,54	0,583	0,033
	Insuficiente (a)	154	3,70	0,563	
	Adecuada	75	3,88	0,537	
	Excesiva	2	3,15	0,354	
	Total	240	3,74	0,562	
Importancia	Nula	8	4,09	0,746	0,303
	Insuficiente	172	4,40	0,483	
	Adecuada	86	4,41	0,478	
	Excesiva	2	4,82	0,257	

<b>Oportunidades</b>	Total	268	4,40	0,491	0,832
	Nula	10	4,13	0,384	
	Insuficiente	172	4,19	0,465	
	Adecuada	89	4,20	0,497	
	Excesiva	2	4,07	0,101	
<b>Barreras</b>	Total	273	4,19	0,470	0,277
	Nula	10	3,26	0,490	
	Insuficiente	170	3,53	0,668	
	Adecuada	89	3,61	0,665	
	Excesiva	2	3,80	0,566	
Para las dimensiones con un * el valor de p se ha calculado a través de la prueba ANOVA de un factor, para el resto se ha utilizado la prueba de Kruskal Wallis.					
<b>(a) Diferencias estadísticamente significativas entre las categorías insuficiente y adecuada.</b>					

Tabla 5.112 Relación entre la variable consideración oferta formativa y las dimensiones del CAPPAP

Tras el análisis de comparación se medias se observa que las diferencias halladas en la dimensión percepción son estadísticamente significativas. En la figura 5.32 se observa que la

dimensión “mejora” es la única en la que la tendencia entre quienes consideran que la oferta es insuficiente y adecuada se invierte.

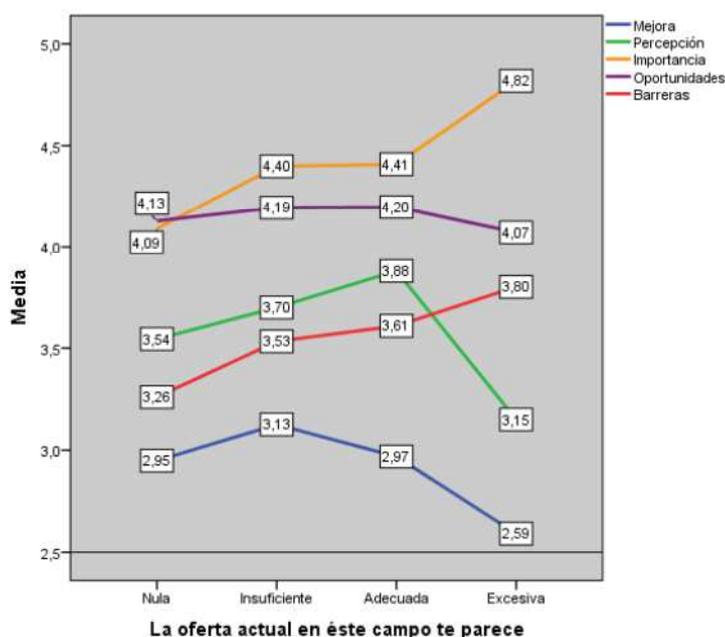


Figura 5.32 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable oferta formación actual

### 5.3.7 Diferencias en las actitudes según nivel de conocimientos y habilidades autoexpresados de los profesionales y realización de actividades preventivas y de promoción planificadas.

En este apartado se analizará en primer lugar la relación entre las actitudes y el nivel autoexpresado de conocimientos y habilidades en prevención y promoción y en segundo lugar se analizará la relación entre las actitudes y la realización de actividades preventivas y de promoción.

### 5.3.7.1 Análisis entre la relación entre las actitudes y el nivel autoexpresado de conocimientos y habilidades en prevención y promoción.

Como se observa en la tabla 5.113 los profesionales que dicen poseer conocimientos y destrezas son quienes puntúan más bajo en la dimensión “mejora”. En las dimensiones percepción e importancia las puntuaciones son muy similares independientemente del nivel de conocimientos autoexpresados y están entorno al 3,75 y 4,40 respectivamente.

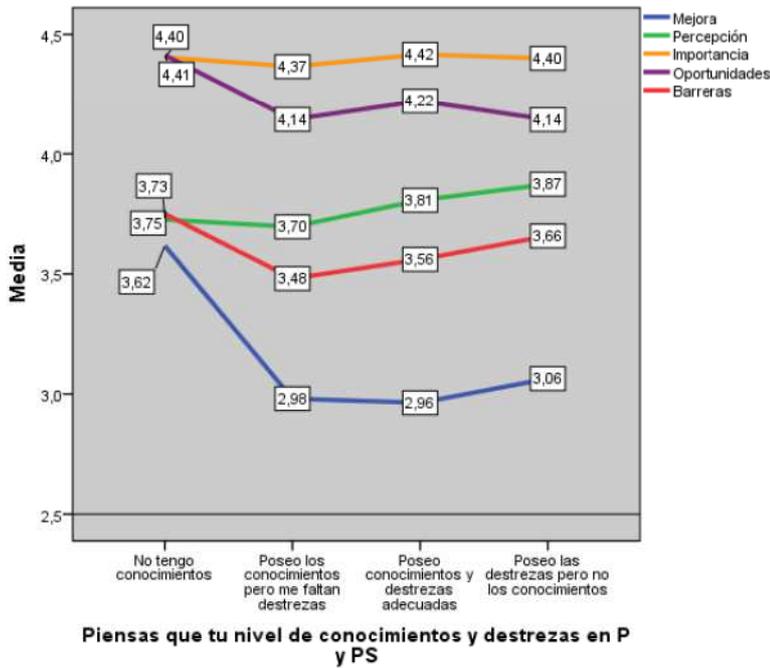
En la dimensión “oportunidades” los valores oscilan entre 4.14 y 4.41. El primero se observa en los profesionales que poseen conocimientos pero les faltan destrezas y los profesionales que poseen los conocimientos pero no las destrezas y el segundo valor en los profesionales que no tienen conocimientos. En la dimensión “barreras” los valores oscilan entre 3.48 en los profesionales que poseen conocimientos pero les faltan destrezas y el valor 3.75 en los profesionales que no tienen conocimientos.

Dimensión	Nivel conocimientos y destrezas	N	Media	Desviación típica	p
<b>Mejora*</b>	No tengo conocimientos (a)	29	3,62	0,695	<b>0.000</b>
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	139	2,98	0,711	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	65	2,96	0,868	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	24	3,06	0,538	
<b>Percepción*</b>	No tengo conocimientos	27	3,73	0,554	0.441
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	132	3,70	0,525	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	59	3,81	0,644	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	19	3,87	0,573	
<b>Importancia</b>	No tengo conocimientos	29	4,40	0,539	0.707
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	144	4,37	0,479	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	67	4,42	0,534	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	4,40	0,378	
<b>Oportunidades</b>	No tengo conocimientos (b)	28	4,41	0,440	<b>0.033</b>
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	146	4,14	0,452	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	71	4,22	0,482	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	4,14	0,502	
<b>Barreras</b>	No tengo conocimientos	28	3,75	0,784	0.192
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	146	3,48	0,665	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	71	3,56	0,618	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	24	3,66	0,582	
En las dimensiones marcadas con “*” se ha realizado un análisis con el estadístico ANOVA de un factor. En las dimensiones no marcadas se ha realizado un análisis con el estadístico Kruskal Wallis.					
(a) Diferencias entre la categoría no tengo conocimientos con las otras 3 categorías.					
(b) Diferencias entre la categoría no tengo conocimientos con la categoría poseo los conocimientos pero me faltan destrezas.					

Tabla 5.113 Relación entre la variable nivel conocimientos y habilidades y las dimensiones del CAPPAP

Existe asociación estadísticamente significativa entre la dimensión “mejora” y el nivel autoexpresado de conocimientos y habilidades en prevención y promoción. Esta asociación ocurre entre la categoría “no tengo conocimientos” con el resto de categorías. Existe

asociación estadísticamente significativa entre la dimensión “oportunidades” y el nivel autoexpresado de conocimientos y habilidades en prevención y promoción. Esta asociación ocurre entre la categoría “no tengo conocimientos” con la categoría “poseo los conocimientos pero me faltan destrezas”.



Como se aprecia en la figura 5.33 la dimensión peor puntuada en todas las categorías de conocimientos y destrezas es “mejora” y la mejor puntuada “importancia”, con excepción de la categoría “no tengo conocimientos” para la dimensión “oportunidades”. Para los profesionales de nuestra muestra que declaran que su nivel de conocimientos es “no tengo conocimientos” se observa una tendencia descendente con respecto a la categoría “poseo los conocimientos pero me faltan

Figura 5.33 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable conocimientos y destrezas

destrezas” para todas las dimensiones. Las dimensiones “importancia”, “percepción”, “barreras” y “oportunidades” aumentan en los profesionales que declaran “poseer los conocimientos pero les faltan destrezas” con respecto a la categoría “poseo conocimientos y destrezas adecuadas”.

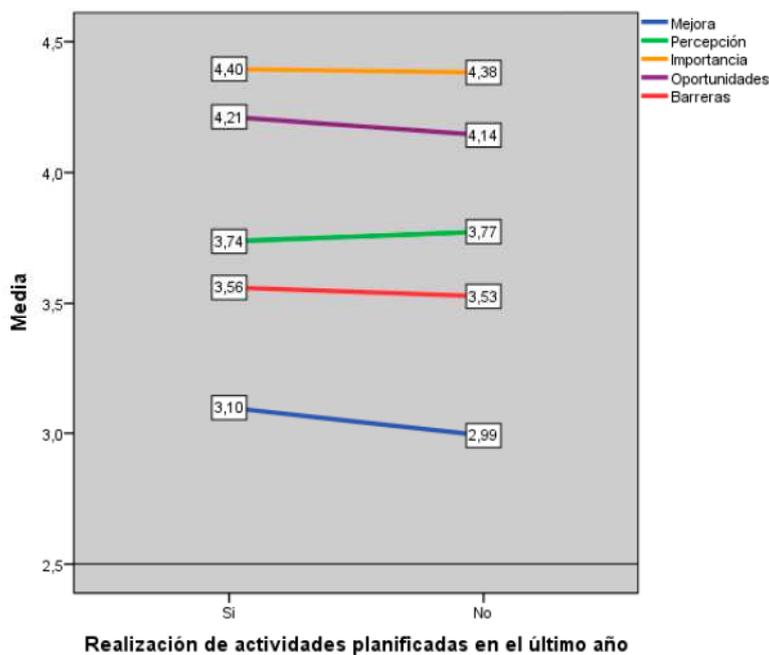
### 5.3.7.2 Análisis de la relación entre las actitudes y la realización de actividades planificadas preventivas y de promoción.

Como se observa en la tabla 5.114 los valores de la media para el valor “si se han realizado actividades planificadas” oscilan desde el valor 3.10 de la dimensión “mejora” al valor 4.40 de la dimensión “importancia”. Los valores de la media para el valor “no se han realizado actividades planificadas” oscilan desde el valor 2.99 para la dimensión “mejora” y el valor 4.38 de la dimensión “importancia”. Las diferencias encontradas no son estadísticamente significativas.

Dimensión	Realización de actividades planificadas en el último año	N	Media	Desviación tít.	p
Mejora	Si	179	3,10	0,772	0.297
	No	82	2,99	0,744	
Percepción	Si	168	3,74	0,580	0.638
	No	73	3,77	0,512	
Importancia	Si	183	4,40	0,505	0.833
	No	87	4,38	0,461	
Oportunidades*	Si	187	4,21	0,467	0.237
	No	88	4,14	0,473	
Barreras*	Si	188	3,56	0,648	0.813
	No	85	3,53	0,697	

En las dimensiones marcadas con “\*” se ha realizado un análisis con el estadístico U de Mann-Whitney. En las dimensiones no marcadas se ha realizado un análisis con el estadístico t de Student.

Tabla 5.114 Relación entre la variable realización de actividades y las dimensiones del CAPPAP



Como se aprecia en la figura 5.34 la dimensión peor puntuada según la realización de actividades planificadas es “mejora” y la mejor puntuada “importancia”. Para los profesionales de nuestra muestra el valor de las medias de todas las dimensiones es inferior en los profesionales que no han realizado actividades planificadas,

Figura 5.34 Gráfico de líneas de comparación de medias del CAPPAP según la variable realización de actividades planificadas en el último año excepto en la dimensión “percepción”. Aunque las diferencias son siempre mínimas, no existe una diferencia mayor a 0.7 puntos, excepto en la dimensión “mejora” que es de 0.11 puntos.

#### 5.4 Análisis por ítem

A continuación se describe un análisis por ítem, en una primera parte de todos los ítems de cada una de las dimensiones de manera global y en una segunda parte tras realizar un análisis bivariado de los ítems con las distintas variables de interés.

##### 5.4.1 Análisis de los ítems de cada una de las dimensiones.

Para una mejor comprensión de la información, los ítems se presentan ordenados de menor a mayor.

Dimensión 1 “necesidad de mejora en la realización de las actividades en el centro”:

Como se observa en la tabla 5.115, los profesionales de nuestra muestra nos indican que la mayor necesidad de mejora se debe realizar en las intervenciones que trabajan con el consejo (tabáquico, alimentación y actividad física) y las relacionadas con los cánceres específicos de mujer.

Ítem	N	media	dt
18. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	276	3,06	1,214
17. Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	277	3,09	1,383
19. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antigripal	276	3,10	1,278
16. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia	273	3,29	1,061
15. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipertensión arterial	275	3,33	1,092
12. Donde trabajas debe mejorar la citología de cérvix	270	3,37	1,183
20. Donde trabajas debe mejorar el consejo sobre el cese del hábito tabáquico	277	3,49	1,089
14. Donde trabajas debe mejorar el examen mamario	267	3,49	1,077
13. Donde trabajas debe mejorar la mamografía	268	3,51	1,156
21. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable	277	3,67	1,016
22. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se realice actividad física	277	3,72	1,024

Tabla 5.115 Valores de la media de los ítems que componen la dimensión 1

En la tabla 5.116 se muestra la correlación existente entre las distintas actividades, pudiéndose apreciar valores de correlación superiores a 0,625 se dan entre las intervenciones que utilizan como metodología de intervención el consejo. Dicha correlación llega hasta el valor 0,898. El resto de correlaciones entre las distintas intervenciones oscilan entre los valores 0,197 y 0,594.

Ítem		9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8
9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	Correlación de Pearson	1										
	N	279										
10. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable?	Correlación de Pearson	,655**	1									
	N	279	280									
11. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se realice actividad física?	Correlación de Pearson	,625**	,898**	1								
	N	279	280	280								
1. ¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?	Correlación de Pearson	,270**	,355**	,376**	1							
	N	278	278	278	278							
2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	Correlación de Pearson	,285**	,279**	,322**	,684**	1						
	N	278	278	278	278	278						
3. ¿Cómo de importante consideras el examen mamario?	Correlación de Pearson	,257**	,354**	,326**	,400**	,414**	1					
	N	278	278	278	278	278	278					
4. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de hipertensión arterial?	Correlación de Pearson	,364**	,410**	,417**	,433**	,392**	,216**	1				
	N	277	277	277	277	277	277	277				
5. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia?	Correlación de Pearson	,356**	,407**	,410**	,403**	,358**	,284**	,770**	1			
	N	276	276	276	276	276	276	276	276			

6. ¿Cómo de importante consideras las vacunaciones del calendario oficial?	Correlación de Pearson	,235**	,261**	,193**	,295**	,193**	,156**	,352**	,303**	1		
	N	276	277	277	275	275	275	275	274	277		
7. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)?	Correlación de Pearson	,268**	,200**	,212**	,210**	,192**	,239**	,409**	,416**	,313**	1	
	N	277	278	278	276	276	276	275	274	275	278	
8. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?	Correlación de Pearson	,349**	,336**	,320**	,243**	,219**	,197**	,450**	,461**	,333**	,594**	1
	N	278	279	279	277	277	277	276	275	276	277	279
<b>Todas las variables tienen una correlación significativa al nivel 0,01 (bilateral).</b>												

Tabla 5.116 Correlación entre los ítems de la dimensión 1.

## Dimensión 2 “percepción de la actitud de los profesionales del centro”

Como se observa en la tabla 5.117 la percepción de la actitud de los profesionales del centro relacionada con las enfermeras tiene una media más alta que la relacionada con los médicos.

Ítem	N	media	dt
43 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Fisioterapeuta es	252	3,27	1,004
33. Mi centro generalmente realiza acciones preventivas y de promoción de buena calidad	280	3,42	,753
41. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es	277	3,58	,888
44 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Trabajador Social es	270	3,58	1,016
25. Los médicos de éste centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	276	3,63	,858
42. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Pediatra es	274	3,67	,911
23. En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de prevención y promoción es una parte importante de sus funciones	281	4,00	,822
26. Las enfermeras de éste centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	279	4,05	,785
40. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera Gestora de Casos es	273	4,11	,831
39. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera es	276	4,12	,734

Tabla 5.117 Valores de la media de los ítems que componen la dimensión 2

## Dimensión 3 “importancia concedida a las actividades de prevención y promoción”

Como se observa en la tabla 5.118 la importancia que se le concede a las distintas actividades preventivas y que poseen una media más alta son las vacunaciones del calendario oficial seguidas de las actividades relacionadas con la detección precoz de alteraciones relacionadas con procesos oncológicos en la mujer y después las actividades relacionadas con enfermedades cardiovasculares.

Ítem	N	media	dt
7. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)?	278	3,90	1,016
8. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?	279	4,18	,781
3. ¿Cómo de importante consideras el examen mamario?	278	4,31	,918
11. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se realice actividad física?	280	4,37	,765
5. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia?	276	4,37	,720

9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	279	4,43	,736
10. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable?	280	4,43	,754
4. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de hipertensión arterial?	277	4,47	,683
2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	278	4,53	,749
1. ¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?	278	4,56	,737
6. ¿Cómo de importante consideras las vacunaciones del calendario oficial?	277	4,74	,581

Tabla 5.118 Valores de la media de los ítems que componen la dimensión 3

Dimensión 4 “oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades preventivas y de promoción”

Como se observa en la tabla 5.119, las oportunidades de mejora para realizar actividades preventivas y de promoción que tienen una puntuación media más alta son las relacionadas con el trabajo en equipo de manera colaborativa para la realización de este tipo de actividades.

Ítem	N	media	dt
30. La mayoría de mis pacientes quieren que se les den servicios de prevención y promoción	280	3,58	,917
31. Deberíamos integrar las acciones preventivas y de promoción de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos	280	4,18	,716
27. Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal de nuestras consultas	279	4,22	,756
28. Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para los servicios preventivos y de promoción que necesita mi paciente	281	4,27	,848
29. Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los pacientes para reducir sus factores de riesgo, yo podría hacer mejor mi trabajo	281	4,32	,783
24. Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción	281	4,36	,668
32. El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones preventivas y de promoción	278	4,40	,626

Tabla 5.119 Valores de la media de los ítems que componen la dimensión 4

En la tabla 5.120 puede observarse la correlación existente entre la pregunta de “estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción” con la disposición a colaborar de médicos y enfermeras, obteniéndose una correlación de 0,356 y 0,475 respectivamente.

Ítem		24	25	26
24. Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción	Correlación de Pearson	1		
	Sig. (bilateral)	,000		
	N	281		
25. Los médicos de éste centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	Correlación de Pearson	,356**	1	
	Sig. (bilateral)	,000		
	N	276	276	
26. Las enfermeras de éste centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	Correlación de Pearson	,475**	,516**	1
	Sig. (bilateral)	,000	,000	
	N	279	274	279

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

Tabla 5.120 Valores de la media de los ítems que componen la dimensión 4

#### Dimensión 5 “obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción”

La tabla 5.121 nos muestra las puntuaciones medias de los distintos obstáculos, siendo el mayormente puntuado la carga de trabajo adicional que requieren, seguida con una puntuación prácticamente igual de la cantidad de tiempo.

Ítem	N	media	dt
35. Puede representar un obstáculo: El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo estas tareas preventivas y de promoción	275	3,04	1,014
34. Puede representar un obstáculo: La importancia relativa de las actividades preventivas y de promoción frente a mis otras responsabilidades	275	3,13	1,033
38. Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud	277	3,74	1,052
36. Puede representar un obstáculo: La cantidad de tiempo que requieren	277	3,93	,968
37. Puede representar un obstáculo: La carga de trabajo adicional que requieren	277	3,94	,995

Tabla 5.121 Valores de la media de los ítems que componen la dimensión 5

#### 5.4.2 Análisis bivariado de los ítems con las distintas variables de interés.

##### - Ítems del CAPPAP según la edad

Los resultados de la tabla 5.122 nos indican que los profesionales de nuestra muestra que tienen edades más altas, puntúan más alta la importancia de la vacunación antigripal y el consejo antitabaco, pero más baja la importancia de la mamografía. Los profesionales de entre 21 y 30 años puntúan más alto la resistencia del paciente a cambiar comportamientos que los de 41 a 50.

Ítem	Edad	N	Media	Desviación típica	Valor de p
40. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera Gestora de Casos es	21 a 30	28	3,89	,875	0,002
	31 a 40*	87	4,26	,754	
	41 a 50*	115	4,17	,764	
	más de 50**	42	3,71	,995	
2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	21 a 30*	28	4,36	,951	0,008
	31 a 40*	85	4,66	,609	
	41 a 50	119	4,58	,695	
	más de 50**	44	4,23	,912	
8. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?	21 a 30*	28	3,89	,737	0,019
	31 a 40	85	4,11	,802	
	41 a 50*	119	4,34	,716	
	más de 50	45	4,09	,874	
9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	21 a 30*	28	4,04	,881	0,028
	31 a 40	86	4,45	,746	
	41 a 50*	119	4,50	,675	
	más de 50	44	4,43	,728	
38. Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud	21 a 30*	28	4,11	,916	0,004
	31 a 40	87	3,85	1,126	
	41 a 50*	117	3,48	1,047	
	más de 50	43	3,95	,844	

Tabla 5.122 Ítems del CAPPAP según la edad.

## - Ítems del CAPPAP según variable sexo

Como se puede observar en la tabla 5.123 las mujeres tienen una mayor puntuación en ítems relacionados con los procesos oncológicos específicos de la mujer, así como con la colaboración de los médicos para realizar actividades preventivas y de promoción. También piensan que puede ser un obstáculo que el paciente tenga que cambiar sus comportamientos.

Ítem	Sexo	N	Media	Valor de p
12. Donde trabajas debe mejorar la citología de cérvix	Hombre	109	3,55	0,025
	Mujer	158	3,22	
13. Donde trabajas debe mejorar la mamografía	Hombre	108	3,67	0,050
	Mujer	157	3,39	
14. Donde trabajas debe mejorar el examen mamario	Hombre	108	3,64	0,047
	Mujer	156	3,37	
25. Los médicos de éste centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	Hombre	110	3,45	0,005
	Mujer	163	3,75	
33. Mi centro generalmente realiza acciones preventivas y de promoción de buena calidad	Hombre	112	3,30	0,034
	Mujer	165	3,49	
1. ¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?	Hombre	111	4,44	0,046
	Mujer	164	4,63	
2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	Hombre	111	4,41	0,046
	Mujer	164	4,60	
38. Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud	Hombre	111	3,58	0,022
	Mujer	163	3,87	

Tabla 5.123 Ítems del CAPPAP según variable sexo

## - Ítems del CAPPAP según categoría profesional

La tabla 5.124 nos muestra que las enfermeras puntúan más alta la necesidad de mejorar la citología de cérvix y el examen mamario en su centro. Las enfermeras puntúan más alto el grado de implicación que tienen las enfermeras y las enfermeras gestoras de casos, que los médicos. Igualmente, puntúan más bajo el grado de implicación de médicos y pediatras. Los médicos puntúan más alto el grado de implicación de médicos y pediatras y puntúan más bajo el grado de implicación de las enfermeras y enfermeras gestoras de casos. Las enfermeras puntúan más alto la disposición de las enfermeras a colaborar en la mejora de actividades preventivas y de promoción y los médicos puntúan más alto la disposición de los médicos ante tales tareas. Las enfermeras puntúan más alto la importancia del examen mamario y los médicos la importancia de la detección y seguimiento de hipertensión arterial, hipercolesterolemia, vacunación antineumocócica fuera del calendario oficial vacunal y el consejo antibiótico. Por último, las enfermeras puntúan más alto ante la pregunta de si se está dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción, en que la mayoría de los pacientes quieren que se les den este tipo de actividades y en la importancia relativa, como obstáculo, de las actividades preventivas y de promoción frente a sus otras responsabilidades.

Ítem	Categoría profesional	N	Media	Desv típica	Valor de p
12. Donde trabajas debe mejorar la citología de cérvix	enfermera	165	3,55	1,123	0,001
	médico	104	3,08	1,228	
14. Donde trabajas debe mejorar el examen mamario	enfermera	163	3,62	1,118	0,019
	médico	103	3,30	,989	
23. En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de prevención y promoción es una parte importante de sus funciones	enfermera	170	4,11	,836	0,009
	médico	110	3,85	,780	
25. Los médicos de éste centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	enfermera	166	3,52	,906	0,010
	médico	109	3,79	,759	
26. Las enfermeras de éste centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	enfermera	169	4,21	,739	0,000
	médico	109	3,81	,799	
39. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera es	enfermera	167	4,29	,670	0,000
	médico	108	3,84	,751	
40. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera Gestora de Casos es	enfermera	166	4,23	,793	0,002
	médico	106	3,92	,852	
41. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es	enfermera	167	3,46	,929	0,005
	médico	109	3,76	,792	
42. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Pediatra es	enfermera	164	3,57	,979	0,017
	médico	109	3,83	,776	
3. ¿Cómo de importante consideras el examen	enfermera	169	4,47	,802	0,000

mamario?	médico	108	4,06	1,031	
4. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de hipertensión arterial?	enfermera	168	4,38	,707	0,005
	médico	108	4,61	,624	
5. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia?	enfermera	168	4,30	,770	0,026
	médico	107	4,50	,620	
7. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)?	enfermera	170	3,74	1,034	0,002
	médico	107	4,13	,943	
9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	enfermera	170	4,34	,784	0,006
	médico	108	4,58	,628	
24. Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción	enfermera	170	4,46	,654	0,001
	médico	110	4,20	,661	
30. La mayoría de mis pacientes quieren que se les den servicios de prevención y promoción	enfermera	169	3,66	,932	0,063
	médico	110	3,45	,874	
34. Puede representar un obstáculo: La importancia relativa de las actividades preventivas y de promoción frente a mis otras responsabilidades	enfermera	166	3,24	1,004	0,034
	médico	108	2,97	1,045	

Tabla 5.124 Ítems del CAPPAP según categoría profesional.

## - Ítems del CAPPAP según variable ubicación del centro de salud

Como puede observarse en la tabla 5.125, los profesionales de centros de trabajo en zona urbana, piensan que tanto las actividades relacionadas con las vacunas del calendario oficial como la antineumocócica, pueden mejorarse menos que en los centros rurales. Los profesionales piensan que los médicos se implican y están dispuestos a colaborar más en centros rurales que en los centros urbanos.

Ítem	Ubicación del Centro de Salud o Consultorio	N	Media	Valor de p
17. Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	Menor de 10.000 hab	88	3,35	0,029
	Mayor de 10.000 hab	189	2,96	
18. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	Menor de 10.000 hab	88	3,27	0,044
	Mayor de 10.000 hab	188	2,96	
25. Los médicos de éste centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	Menor de 10.000 hab	88	3,80	0,025
	Mayor de 10.000 hab	188	3,55	
41. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es	Menor de 10.000 hab	89	3,79	0,007
	Mayor de 10.000 hab	188	3,48	
36. Puede representar un obstáculo: La cantidad de tiempo que requieren	Menor de 10.000 hab	88	3,74	0,026
	Mayor de 10.000 hab	189	4,02	

Tabla 5.125 Ítems del CAPPAP según variable ubicación del centro de salud

## - Ítems del CAPPAP según tipo de contrato

Como nos muestra la tabla 5.126 los profesionales de nuestra muestra que son estatutarios puntúan más alto preguntas relacionadas con la posibilidad de mejora de ciertas actividades en su centro que otros tipos de contrato. Es decir, creen más necesario que se deban mejorar dichas actividades en su centro.

Por otro lado, los profesionales eventuales creen que hay más oportunidades de mejora que los profesionales estatutarios y que es un obstáculo mayor la resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud.

Ítem	Tipo de contrato	N	Media	Desviación típica	Valor de p
12. Donde trabajas debe mejorar la citología de cérvix	Estatutario*	149	3,52	1,172	0,043
	Dispositivo de Apoyo Interino	33	3,21	1,269	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo*	51	3,00	1,183	
	Eventual	37	3,38	1,063	
13. Donde trabajas debe mejorar la mamografía	Estatutario	150	3,57	1,161	0,32
	Dispositivo de Apoyo Interino*	33	3,88	1,166	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo*	49	3,14	1,173	
	Eventual	36	3,44	,998	
15. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipertensión arterial	Estatutario*	153	3,46	1,094	0,27
	Dispositivo de Apoyo Interino*	33	2,88	1,166	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	52	3,17	,985	
	Eventual	37	3,43	1,068	
16. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia	Estatutario*	152	3,41	1,082	0,038
	Dispositivo de Apoyo Interino*	33	2,91	1,156	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	52	3,10	,955	
	Eventual	36	3,42	,937	
17. Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	Estatutario	155	3,19	1,405	0,043
	Dispositivo de Apoyo Interino	33	2,85	1,395	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo*	52	2,69	1,351	
	Eventual*	37	3,41	1,212	
18. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenir)	Estatutario	154	3,10	1,259	0,049
	Dispositivo de Apoyo Interino	33	2,94	1,223	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo*	52	2,73	1,122	
	Eventual*	37	3,43	1,042	
19. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antigripal	Estatutario*	154	3,31	1,290	0,006
	Dispositivo de Apoyo Interino	33	2,79	1,244	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo*	52	2,65	1,203	
	Eventual	37	3,16	1,191	
20. Donde trabajas debe mejorar el consejo sobre el cese del hábito tabáquico	Estatutario*	155	3,64	1,068	0,011
	Dispositivo de Apoyo Interino	33	3,36	1,141	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo*	52	3,08	1,082	
	Eventual	37	3,57	1,015	
22. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se realice actividad física	Estatutario*	155	3,88	,973	0,005
	Dispositivo de Apoyo Interino*	33	3,27	1,098	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	52	3,50	1,129	

	Eventual	37	3,76	,863	
27. Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal de nuestras consultas	Estatutario*	155	4,12	,767	0,019
	Dispositivo de Apoyo Interino	34	4,12	,769	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	52	4,35	,738	
	Eventual*	38	4,50	,647	
28. Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para los servicios preventivos y de promoción que necesita mi paciente	Estatutario*	157	4,17	,846	0,024
	Dispositivo de Apoyo Interino	34	4,32	1,007	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	52	4,27	,819	
	Eventual*	38	4,66	,627	
29. Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los pacientes para reducir sus factores de riesgo, yo podría hacer mejor mi trabajo	Estatutario*	157	4,23	,792	0,024
	Dispositivo de Apoyo Interino	34	4,32	,912	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	52	4,37	,742	
	Eventual*	38	4,66	,582	
38. Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud	Estatutario*	153	3,57	1,044	0,002
	Dispositivo de Apoyo Interino	34	3,82	1,086	
	Interino distinto a dispositivo de apoyo	52	3,79	1,091	
	Eventual*	38	4,29	,802	

Tabla 5.126 Ítems del CAPPAP según tipo de contrato.

## - Ítems del CAPPAP según años desde la obtención de la titulación

Como se puede apreciar en la tabla 5.127, todos los profesionales de nuestra muestra que tienen 31 o más años desde la obtención de su titulación, puntúan más bajo que el resto a excepción de la importancia en la vacunación antigripal, el consejo antitabaco, consejo alimentación saludable y el consejo para la realización de actividad física. En la importancia de estas 4 últimas actividades, el rango de edad de 15 a 30 años puntúa significativamente más que el rango menor o igual a 14 años.

Ítem	Años obtención titulación	N	Media	Desviación típica	Valor de p
39. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera es	menor o igual a 14	57	4,14	,693	0,035
	15 a 30*	149	4,19	,739	
	31 o más*	60	3,90	,730	
40. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera Gestora de Casos es	menor o igual a 14	57	4,04	,823	0,000
	15 a 30*	147	4,27	,770	
	31 o más*	59	3,76	,897	
2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	menor o igual a 14	56	4,55	,807	0,039
	15 a 30*	150	4,59	,686	
	31 o más*	62	4,31	,841	
5. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia?	menor o igual a 14*	56	4,48	,603	0,048
	15 a 30	148	4,41	,698	

	31 o más*	62	4,18	,859	
8. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?	menor o igual a 14*	56	3,96	,785	0,022
	15 a 30*	150	4,29	,754	
	31 o más	63	4,11	,805	
9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	menor o igual a 14*	56	4,23	,894	0,011
	15 a 30*	151	4,55	,650	
	31 o más	62	4,34	,745	
10. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable?	menor o igual a 14*	56	4,21	,825	0,022
	15 a 30*	151	4,54	,719	
	31 o más	63	4,40	,752	
11. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se realice actividad física?	menor o igual a 14*	56	4,16	,848	0,022
	15 a 30*	151	4,48	,729	
	31 o más	63	4,30	,754	
24. Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción	menor o igual a 14	57	4,40	,593	0,041
	15 a 30*	151	4,42	,647	
	31 o más*	63	4,17	,773	
28. Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para los servicios preventivos y de promoción que necesita mi paciente	menor o igual a 14*	57	4,49	,782	0,046
	15 a 30	151	4,29	,762	
	31 o más*	63	4,13	,889	
29. Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los pacientes para reducir sus factores de riesgo, yo podría hacer mejor mi trabajo	menor o igual a 14*	57	4,53	,734	0,030
	15 a 30	151	4,33	,719	
	31 o más*	63	4,16	,846	
32. El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones preventivas y de promoción	menor o igual a 14*	57	4,56	,501	0,031
	15 a 30	150	4,38	,620	
	31 o más*	61	4,26	,705	
38. Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud	menor o igual a 14*	57	4,05	,971	0,038
	15 a 30	149	3,66	1,107	
	31 o más*	61	3,64	,876	

Tabla 5.127 Ítems del CAPPAP según años desde la obtención de la titulación.

## - Ítems del CAPPAP según años en atención primaria

En la tabla 5.128 se puede observar como los profesionales que tienen una experiencia en atención primaria igual o menor a 5 años, puntúan más bajo la importancia del consejo antitabaco y la cantidad de tiempo y trabajo adicional que requieren estas actividades. Sin embargo, la resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos es más puntuada en los profesionales que tienen hasta 5 años de experiencia, que en los que tienen entre 16 y 20 años.

Ítem	Años atención primaria	N	Media	Desviación típica	Valor de p
20. Donde trabajas debe mejorar el consejo sobre el cese del hábito tabáquico	0 a 5	84	3,46	1,103	0,016
	6 a 10	47	3,49	,930	
	11 a 15*	46	3,17	1,217	
	16 a 20*	50	3,92	1,104	
	igual o mayor de 21	50	3,40	,969	
9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	0 a 5**	86	4,13	,851	0,000
	6 a 10*	47	4,51	,655	
	11 a 15*	46	4,72	,544	
	16 a 20*	51	4,55	,642	
	igual o mayor de 21*	49	4,49	,681	
36. Puede representar un obstáculo: La cantidad de tiempo que requieren	0 a 5*	87	3,69	1,027	0,038
	6 a 10*	47	4,19	,825	
	11 a 15	46	3,91	,915	
	16 a 20	49	4,08	,954	
	igual o mayor de 21	48	3,96	,988	
37. Puede representar un obstáculo: La carga de trabajo adicional que requieren	0 a 5*	87	3,71	1,033	0,048
	6 a 10*	47	4,21	,832	
	11 a 15	46	3,87	1,024	
	16 a 20	49	4,06	,988	
	igual o mayor de 21	48	4,04	,988	
38. Puede representar un obstáculo: La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud	0 a 5*	87	3,99	,958	0,003
	6 a 10	47	3,94	1,092	
	11 a 15	46	3,48	1,070	
	16 a 20*	49	3,37	1,055	
	igual o mayor de 21	48	3,73	1,026	

Tabla 5.128 Ítems del CAPPAP según años en atención primaria.

- Ítems del CAPPAP según años en atención hospitalaria

La tabla 5.129 nos muestra como los profesionales que tienen 16 o más años de experiencia en atención hospitalaria, puntúan más alto acerca de la necesidad de mejora de la detección de la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, las vacunaciones del calendario vacunal oficial, la antineumocócica y la antigripal.

Los profesionales con menos de 5 años de experiencia puntúan más alta la importancia de la citología de cérvix, mamografía y detección y seguimiento de la hipertensión arterial.

Los profesionales con 16 o más años de experiencia en atención primaria puntúan menos la necesidad de poner soluciones para mejorar las actividades preventivas y de promoción en la consulta, la integración de estas actividades de manera sistemática en la oferta que se realiza y en que el trabajo en equipo sea una buena forma de mejorar este tipo de actividades.

Ítem	Años atención hospitalaria	N	Media	Desv típica	Valor de p
15. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipertensión arterial	menos de 5*	169	3,26	1,125	0,006
	6 a 15	38	3,26	,978	
	16 o más*	33	3,91	,879	
16. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia	menos de 5*	169	3,24	1,094	0,013
	6 a 15*	36	3,19	,980	
	16 o más**	33	3,82	,882	
17. Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	menos de 5*	170	3,06	1,431	0,002
	6 a 15*	38	2,74	1,267	
	16 o más**	33	3,85	1,093	
18. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	menos de 5*	169	3,04	1,244	0,017
	6 a 15*	38	2,87	1,143	
	16 o más**	33	3,64	1,113	
19. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antigripal	menos de 5*	170	3,09	1,277	0,001
	6 a 15*	38	2,76	1,218	
	16 o más**	33	3,82	1,044	
1. ¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?	menos de 5*	170	4,64	,684	0,014
	6 a 15*	39	4,33	,898	
	16 o más	33	4,33	,816	
2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	menos de 5*	170	4,56	,753	0,029
	6 a 15*	39	4,21	,801	
	16 o más	33	4,45	,754	
4. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de hipertensión arterial?	menos de 5*	169	4,48	,655	0,040
	6 a 15*	39	4,18	,823	
	16 o más	33	4,48	,566	
27. Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal de nuestras consultas	menos de 5	172	4,21	,766	0,011
	6 a 15*	38	4,42	,642	
	16 o más*	33	3,88	,820	
31. Deberíamos integrar las acciones preventivas y de promoción de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos	menos de 5*	171	4,26	,730	0,010
	6 a 15	39	3,97	,743	
	16 o más*	34	3,91	,712	
32. El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones preventivas y de promoción	menos de 5*	170	4,46	,577	0,050
	6 a 15	39	4,31	,614	
	16 o más*	33	4,21	,781	

Tabla 5.129 Ítems del CAPPAP según años en atención hospitalaria.

- Ítems del CAPPAP según variable formación en prevención y promoción de la salud en los últimos 5 años.

Podemos observar en la tabla 5.130 como los profesionales de la muestra estudiada que no tienen formación en prevención y promoción en los últimos 5 años, puntúan más alto el grado de implicación de médicos y pediatras para realizar actividades preventivas y su disposición a colaborar en las mismas. Sin embargo, quienes sí tienen formación, puntúan más bajo la necesidad de mejora de la vacunación antineumocócica fuera del calendario vacunal, es decir, ven menos necesidad de mejorar la realización de esa actividad.

Ítem	Formación en P y PS en los últimos 5 años	N	Media	Valor de p
18. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	Si	175	2,94	0,038
	No	101	3,26	
25. Los médicos de éste centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	Si	174	3,51	0,002
	No	102	3,82	
41. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es	Si	175	3,47	0,004
	No	102	3,76	
42. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Pediatra es	Si	172	3,59	0,046
	No	102	3,81	

Tabla 5.130 Ítems del CAPPAP según variable formación en P y PS en los últimos 5 años.

- Ítems del CAPPAP según la opinión sobre la oferta actual de formación en prevención y promoción

Los profesionales de nuestra muestra, como se ve en la tabla 5.131, puntúan más la oferta formativa como insuficiente en los ítems relacionados con actividades relacionadas con el consejo: antibiótico, sobre alimentación saludable y realización de actividad física. Los profesionales que opinan que la formación es adecuada, puntúan más alto los ítems relacionados con la carga de tiempo y de trabajo adicional de las actividades preventivas y de promoción.

Ítem	La oferta actual en este campo	N	Media	Valor de p
3. ¿Cómo de importante consideras el examen mamario?	Insuficiente	174	4,26	0,013
	Adecuada	89	4,54	
20. Donde trabajas debe mejorar el consejo sobre el cese del hábito tabáquico	Insuficiente	174	3,60	0,037
	Adecuada	89	3,30	
21. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable	Insuficiente	174	3,79	0,014
	Adecuada	89	3,46	
22. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se realice actividad física	Insuficiente	174	3,83	0,025
	Adecuada	89	3,53	
33. Mi centro generalmente realiza acciones preventivas y de promoción de buena calidad	Insuficiente	175	3,37	0,014
	Adecuada	90	3,60	
36. Puede representar un obstáculo: La cantidad de tiempo que requieren	Insuficiente	172	3,84	0,024
	Adecuada	90	4,12	
37. Puede representar un obstáculo: La carga de trabajo adicional que requieren	Insuficiente	172	3,85	0,029
	Adecuada	90	4,13	
43 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Fisioterapeuta es	Insuficiente	159	3,16	0,027
	Adecuada	78	3,47	

Tabla 5.131 Ítems del CAPPAP según la opinión sobre la oferta actual de formación en prevención y promoción.

- Ítems del CAPPAP según nivel de conocimientos expresado

Según la tabla 5.132 los profesionales que expresan no tengo conocimientos de nuestra muestra puntúan más alto en las preguntas relacionadas con tu lugar de trabajo debe mejorar ciertas actividades preventivas y de promoción.

Ítem	Nivel conocimientos y destrezas	N	Media	Desviación típica	Valor de p
12. Donde trabajas debe mejorar la citología de cérvix	No tengo conocimientos**	30	4,17	1,085	0,000
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	143	3,18	1,179	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas*	67	3,31	1,221	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	3,64	,860	
13. Donde trabajas debe mejorar la mamografía	No tengo conocimientos*	30	4,23	1,165	0,001
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	142	3,41	1,099	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas*	66	3,29	1,250	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	3,84	,850	
14. Donde trabajas debe mejorar el examen mamario	No tengo conocimientos**	30	4,07	1,143	0,016
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	141	3,38	,969	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	66	3,45	1,243	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	3,60	1,000	
15. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipertensión arterial	No tengo conocimientos*	30	3,83	1,020	0,036
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	146	3,20	1,130	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	69	3,35	1,096	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	3,36	,757	
16. Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia	No tengo conocimientos*	29	3,76	,988	0,039
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	146	3,15	1,079	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	69	3,33	1,094	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	24	3,33	,761	
17. Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	No tengo conocimientos*	30	3,83	1,020	0,013
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	147	3,01	1,392	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas*	70	2,89	1,450	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	3,08	1,320	

18. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	No tengo conocimientos**	30	3,73	1,015	0,007
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	147	2,91	1,205	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	69	2,99	1,323	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	3,16	,898	
19. Donde trabajas debe mejorar la vacunación antigripal	No tengo conocimientos**	30	3,73	1,112	0,027
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	146	3,04	1,270	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas*	70	2,91	1,380	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	3,12	1,054	
21. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable	No tengo conocimientos*	30	4,17	,874	0,030
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	147	3,62	1,029	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	70	3,59	1,014	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	3,48	,963	
22. Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se realice actividad física	No tengo conocimientos**	30	4,23	,858	0,014
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	147	3,68	1,034	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	70	3,66	1,034	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos*	25	3,40	,957	
40. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción la Enfermera Gestora de Casos es	No tengo conocimientos	29	4,24	,872	0,026
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	147	3,99	,852	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	67	4,18	,833	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos*	25	4,48	,586	
44 El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Trabajador Social es	No tengo conocimientos*	29	3,21	,940	0,019
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	145	3,52	1,001	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	67	3,67	1,064	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos*	24	4,04	,955	
27. Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal	No tengo conocimientos**	29	4,59	,501	0,012
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	148	4,15	,777	

de nuestras consultas	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	71	4,30	,725	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos*	25	4,00	,866	
36. Puede representar un obstáculo: La cantidad de tiempo que requieren	No tengo conocimientos	29	4,17	1,037	0,014
	Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas*	147	3,78	1,005	
	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	71	3,97	,878	
	Poseo las destrezas pero no los conocimientos*	25	4,36	,757	

Tabla 5.132 Ítems del CAPPAP según nivel de conocimientos expresado.

- Ítems del CAPPAP según variable realización de actividades planificadas en el último año

En la tabla 5.133 podemos ver que la realización de actividades planificadas en el último año, se asocia con una puntuación más alta en la pregunta acerca del trabajo en equipo para la mejora de acciones preventivas y de promoción. A su vez, consideran más importante dar consejo para una alimentación saludable y la realización de la actividad física y para que se realicen estas actividades de manera sistemática. Se hace necesario indicar que los profesionales que no han realizado actividades planificadas en el último año, tienen una puntuación más alta que los que sí las han realizado con respecto al grado de implicación que tiene el médico en la realización de actividades preventivas y de promoción.

Ítem	Realización actividades planificadas en último año	N	Media	Valor de p
10. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable?	Si	188	4,49	0,040
	No	91	4,30	
11. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se realice actividad física?	Si	188	4,43	0,040
	No	91	4,23	
41. El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es	Si	188	3,49	0,015
	No	88	3,76	
31. Deberíamos integrar las acciones preventivas y de promoción de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos	Si	189	4,24	0,022
	No	90	4,03	
32. El trabajo en equipo es una buena forma para mejorar las acciones preventivas y de promoción	Si	188	4,45	0,05
	No	89	4,29	

Tabla 5.133 Ítems del CAPPAP según variable realización de actividades planificadas en el último año.



## 6. DISCUSIÓN





## 6. DISCUSIÓN

En este apartado se discuten los hallazgos más destacables y de interés para los objetivos de nuestro estudio con relación al diseño y validación del CAPPAP, acerca del perfil sociodemográfico y profesional de las enfermeras y médicos de atención primaria encuestados y las actitudes de estos profesionales ante las actividades de prevención y promoción en atención primaria. Además, se debate acerca de los resultados obtenidos en las dimensiones e ítems del CAPPAP, analizando nuestros hallazgos a la luz de la evidencia existente. Por último se comentarán las limitaciones del estudio y de qué modo pueden afectar en la interpretación de los resultados.

### 6.1 Diseño y validación del CAPPAP

En nuestro contexto no existen muchas herramientas que nos permitan evaluar las actitudes de los profesionales de atención primaria hacia la prevención y la promoción. El CAPPAP es un instrumento de fácil y rápida administración, bien aceptado por los profesionales y que presenta unos resultados psicométricos apropiados, tanto a nivel global (alta consistencia interna) como a nivel de cada dimensión (consistencia interna aceptable, buena estabilidad temporal, adecuada validez de constructo y buenos resultados en otras pruebas relacionadas con la validez).

Tal y como se había previsto durante la fase de construcción del cuestionario, la versión definitiva del CAPPAP consta de 44 ítems agrupados en 5 dimensiones:

- “Mejora”: Necesidad de mejora de las actividades preventivas y de promoción
- “Percepción”: Percepción de la actitud de los profesionales del centro en la aplicación de actividades preventivas y de promoción
- “Importancia”: Importancia concedida a las actividades preventivas y de promoción
- “Oportunidades”: Oportunidades de mejora
- “Barreras”: Obstáculos para la realización de actividades preventivas y de promoción

Como se muestra en la tabla 6.1, el CAPPAP presenta una serie de ventajas sobre otros cuestionarios existentes (Kloppe et al., 2005), (Marquez et al., 1999), (Solberg et al., 1997), (Litaker et al., 2005), (Ruiz et al., 1990), (McAvoy et al., 1999) y (Yeazel et al., 2006). Dicha tabla nos informa de distintos aspectos relacionados con el año de publicación, autor y país, las dimensiones que incluye, la población a la que va dirigido, el marco teórico que utiliza, la descripción del proceso de validación, las métricas utilizadas y el área que persigue evaluar (prevención, promoción de salud).

AUTOR/PAÍS/AÑO	DIMENSIONES	POBLACIÓN DIANA	MARCO TEÓRICO	PROCESO VALIDACIÓN	MÉTRICAS	ÁREA
Ruiz Jiménez et al. España. 1990.	No definidas	Médicos	Ausente	Escaso. Validación de contenido por expertos y selección de ítems discriminantes.	Fiabilidad: $\alpha$ de Cronbach	Promoción
Solberg et al. EE.UU. 1997.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deseo de mejora</li> <li>• Sistemas de apoyo</li> <li>• Apoyo percibido de los líderes</li> </ul>	Enfermeras y médicos	Ausente	No descrito	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiabilidad: <math>\alpha</math> de Cronbach</li> <li>• Validez: no aporta pruebas</li> </ul>	Prevención
Márquez Calderón et al. España. 1999.	No definidas	Médicos	Ausente	No descrito	No descritas	Prevención
McAvoy et al. Inglaterra. 1999.	No definidas	Médicos	Ausente	Cita pretest y pilotaje. No aporta pruebas.	No descritas	Prevención
Kloppe et al. España. 2005.	No definidas	Médicos	Ausente	Cita prueba piloto de comprensión. No aporta pruebas.	No descritas	Prevención
Litaker et al. EE.UU. 2005.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Importancia de servicios preventivos</li> <li>• Efectividad</li> </ul>	Médicos	Ausente	No descrito	No descritas	Prevención
Yeazel et al. EE.UU. 2006.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Barreras</li> <li>• Importancia</li> <li>• Autoeficacia percibida</li> <li>• Confort</li> </ul>	Médicos	Ausente	Descrito adecuadamente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fiabilidad: <math>\alpha</math> de Cronbach y Test-retest</li> <li>• Validez divergente</li> </ul>	Prevención

Tabla 6.1. Características principales de los cuestionarios sobre prevención y promoción seleccionados

En primer lugar, destaca que el CAPPAP supera importantes lagunas metodológicas consistentes en la insuficiente descripción del proceso de validación, de las propiedades métricas y/o de las dimensiones incluidas en cada cuestionario. En segundo lugar, nuestro estudio aporta el marco conceptual a partir del cual se ha desarrollado el cuestionario; ninguno de los estudios encontrados informan de éste aspecto. En tercer lugar, está adaptado a nuestro contexto cultural y en cuarto lugar, amplía el ámbito de estudio, incluyendo tanto la prevención como la promoción de salud; todos los cuestionarios encontrados se centran en la prevención a excepción de uno (Ruiz et al, 1990). Además, en el CAPPAP se amplía la población diana con la inclusión de las enfermeras; a este respecto, sólo uno de los cuestionarios encontrados (Solberg et al., 1997) va dirigido a médicos y enfermeras. Con relación a las lagunas metodológicas existentes en los estudios encontrados, señalar que sólo uno (Yeazel et al., 2006) informa del proceso de validación. Dicho estudio es también el único que presenta indicadores métricos más allá de la consistencia interna, dato que sólo es aportado por otros dos de los estudios encontrados (Solberg et al., 1997), (Ruiz et al., 1990).

Respecto de las dimensiones incluidas en el cuestionario, sólo dos estudios (Solberg et al., 1997), (Yeazel et al., 2006) informan al respecto. El cuestionario de Solberg et al., (1997) incluye tres dimensiones: deseo de mejorar la prevención, sistemas de apoyo a la prevención y percepción del apoyo de los líderes. La primera dimensión coincide con la de nuestra herramienta, “necesidad de mejora”, la segunda con la de “oportunidades de mejora” y la tercera quedaría incluida en la dimensión “barreras”. El cuestionario de Yeazel et al., (2006) recoge tanto la frecuencia de intervenciones preventivas como la autoeficacia percibida en dichas intervenciones y diversos aspectos relacionados con la actitud hacia dichas intervenciones. Dentro de estos aspectos relacionados con las actitudes encontramos dos dimensiones: importancia concedida a las intervenciones preventivas y barreras para su realización. Ambas dimensiones coinciden con las dimensiones de “importancia concedida” y “barreras” de nuestro cuestionario. Por todo ello podemos afirmar que el CAPPAP permite una medición más completa de las actitudes hacia la prevención y promoción que la ofrecida por otras herramientas disponibles.

Por otro lado, ninguna de las herramientas desarrolladas en nuestro país (Kloppe et al., 2005), (Marquez et al., 1999), describen explícitamente el marco conceptual a partir del cual se genera el cuestionario, ni informan sobre el proceso de validación o sobre las propiedades métricas. Todo ello refuerza la importancia de nuestro cuestionario para disponer de una herramienta adecuada y adaptada a nuestro contexto.

Con relación a los resultados parciales obtenidos durante los análisis psicométricos del CAPPAP (en la versión de 56 ítems del cuestionario), particularmente llamativo nos ha parecido la alta concordancia que hubo en las respuestas ante los 12 ítems que estaban duplicados y que se referían a aspectos preventivos y de promoción. Los autores interpretamos este dato como un signo de que a los profesionales les cuesta trabajo distinguir las actividades preventivas de las de promoción de salud. Este hecho motivó que se agruparan ambas preguntas, reduciendo el número de ítems del cuestionario a 44.

Entre las implicaciones prácticas del uso del CAPPAP, podría utilizarse como técnica de cribado para determinar si un centro concreto es susceptible de intervención, porque las actitudes para las actividades de prevención y promoción de la salud de sus profesionales no son las adecuadas. Sería interesante reflexionar sobre si es factible intervenir de manera dirigida en los profesionales, una vez que han sido valoradas sus puntuaciones para fomentar las actividades preventivas y de promoción de salud.

Por otro lado y como línea de investigación futura sería de interés determinar la correlación entre los resultados del cuestionario y la información de actividades preventivas y de promoción de salud que existe para cada profesional y/o centro acerca de la práctica clínica real de los mismos.

En conclusión este estudio proporciona un instrumento fiable y válido que permite medir las actitudes de los profesionales sanitarios de atención primaria (enfermería y medicina) ante las actividades de prevención y promoción de salud dentro del sistema sanitario público. Ello permitirá generar conocimiento sobre la situación de los profesionales de atención primaria respecto de la prevención y promoción de la salud. Además, dado que el cuestionario incluye 5 dimensiones, las anteriores utilidades pueden centrarse, de manera concreta, en las dimensiones que se consideren de interés.

A pesar de ello, debemos tener en cuenta las limitaciones que se describen en el epígrafe 6.4 de este capítulo, y recomendar que se sea prudente en la interpretación de la dimensión 3: "Importancia concedida a las actividades de prevención y promoción", contextualizando los resultados que se obtengan según el ámbito en el que se utilice el cuestionario. Además recomendamos el análisis de sus características métricas en otras poblaciones de profesionales en las que sea utilizado, así como el análisis de la sensibilidad al cambio del cuestionario tras una intervención que pretenda mejorar las actitudes profesionales ante la promoción y prevención. Este último aspecto permitiría ampliar la utilidad del cuestionario con la posibilidad de evaluar la efectividad de dichas intervenciones.

## 6.2 Discusión acerca del perfil sociodemográfico y profesional en las enfermeras y médicos de atención primaria encuestados

Para una mejor comprensión de los datos que se van a discutir en este apartado se han realizado tres tablas resumen de carácter sintético que recogen las principales variables analizadas en los profesionales encuestados: edad, sexo, categoría profesional, ubicación del centro de trabajo, tipo de contrato, años desde la titulación, años en la ZBS, años en atención primaria, años en atención hospitalaria, nivel de conocimientos, formación en prevención y promoción de salud, realización de actividades y opinión sobre la oferta formativa en prevención y promoción (Tablas 6.4, 6.5 y 6.6).

Además, en estas tablas se comparan dichas variables con las 5 variables de referencia (categoría profesional, ubicación del centro de trabajo, tipo de contrato, años en atención primaria y nivel de conocimientos) que hemos considerado importantes analizar, con la finalidad de evaluar posibles diferencias entre sus categorías. Hay que tener en cuenta que diferencias significativas en estas variables podrían introducir sesgos de confusión que habría que tener en cuenta en el análisis posterior de las dimensiones del CAPPAP. A este aspecto metodológico hay que añadir que conocer el perfil de los profesionales según estas variables clave servirá para el planteamiento de estrategias e intervenciones mejor orientadas.

Los 282 profesionales encuestados en nuestro estudio pertenecen al SSPA. Proceden de más de 50 centros de salud de las 8 provincias de la comunidad andaluza, aunque las más representadas son Málaga, Jaén y Córdoba con un 78% del total de sujetos de la muestra. La edad media de los profesionales es de 42,30 (DS: 8,5) años, casi un 60% son mujeres y del total de sujetos de la muestra un 61% son enfermeras (Tabla 6.3).

Con relación a la distribución de la edad y sexo, y a pesar de haber realizado un muestreo no probabilístico, es interesante tener en cuenta, para la extrapolación de nuestros hallazgos, que la distribución de ambas variables difiere en muy poco de la distribución de la población diana. Como se observa en la figura 6.1. los profesionales de nuestro estudio (histograma a la derecha) son ligeramente más jóvenes que la plantilla del SAS en 2010. Sin embargo, esta comparación hay que hacerla con cierta prudencia, ya que los datos disponibles del SAS incluyen profesionales sanitarios y no sanitarios (SAS, 2011).

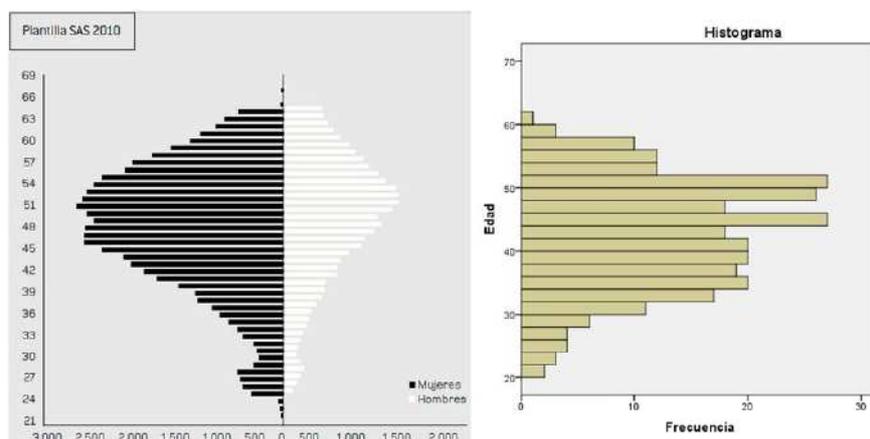


Figura 6.1 Distribución por edad de los profesionales del SAS (izquierda) y de la muestra estudiada (derecha)

Con respecto a la distribución por sexo en la muestra de nuestro estudio, la proporción de enfermeras y enfermeros es prácticamente igual que la de los profesionales de enfermería de atención primaria del SAS en 2010 (Tabla 6.2). En el caso de los profesionales de medicina, según la misma fuente, la proporción de mujeres médico de nuestro estudio es algo mayor (54,5% vs 42,3%). Esto provoca cierta sobrerrepresentación de mujeres de la categoría profesional médico, aunque la diferencia encontrada no es muy relevante.

	Mujeres N (%)	Hombres N (%)	Total N (%)
<b>Enfermería</b>	3419 (64,1 %)	1915 (35,9 %)	<b>5334 (100 %)</b>
<b>Medicina</b>	2356 (42,3 %)	3213 (57,7 %)	<b>5569 (100 %)</b>
<b>Total</b>	<b>5775 (52,96 %)</b>	<b>5128 (47,03 %)</b>	<b>10903 (100 %)</b>

Tabla 6.2 Distribución de profesionales de enfermería y medicina de atención primaria en el Servicio Andaluz de Salud en el año 2010. Fuente: elaboración propia a partir de los datos ofrecidos en la memoria 2010 del SAS.

Continuando con las características de la muestra seleccionada en nuestro estudio, un 68,1% de los sujetos trabaja en centros urbanos, y en su mayoría son profesionales estatutarios (55,7%), aunque hay un porcentaje importante de profesionales con contrato eventual (13,5%). En cuanto a los aspectos relacionados con la experiencia profesional, la media de años desde la obtención de la titulación es de casi 23 años, con 12 años de media de experiencia en atención primaria, 7,5 años de experiencia en la zona básica de salud y 5,4 años de experiencia en atención especializada. No podemos comparar estos datos con los de la población diana porque no han sido publicados.

	N	Media/DS
<b>Edad</b>	280	42,30/8,499
<b>Años en la ZBS</b>	281	7,45/6,742
<b>Años en At Primaria</b>	282	12,01/8,072
<b>Años en At Especializada</b>	246	5,41/7,649
<b>Años desde titulación</b>	272	22,97/8,906

	N	Porcentaje
<b>Sexo</b>	278	
Hombre	112	40,3
Mujer	166	59,7
<b>Categoría profesional</b>	281	
Enfermera	171	60,9
Médico	110	39,1
<b>Ubicación del Centro de Salud o Consultorio</b>	282	
Rural	90	31,9
Urbano	192	68,1
<b>Tipo de contrato</b>	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
<b>Piensas que tu nivel de conocimientos y destrezas en P y PS</b>	276	
No tengo conocimientos	31	11,2
Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas	149	54
Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	71	25,7
Poseo las destrezas pero no los conocimientos	25	9,1
<b>Formación en P y PS en los últimos 5 años</b>	282	
Si	178	63,1
No	104	36,9
<b>Realización de actividades planificadas en el último año</b>	280	
Si	189	67,5
No	91	32,5
<b>La oferta actual en éste campo te parece</b>	278	
Nula	10	3,6
Insuficiente	176	63,3
Adecuada	90	32,4
Excesiva	2	0,7

Tabla 6.2. Variables principales del perfil profesional de los sujetos encuestados

Es interesante pararnos en los resultados relacionados con el nivel autodeclarado de conocimientos y destrezas en prevención y promoción. Como se observa (Tabla 6.2), un 26% de profesionales señala poseer tanto conocimientos como destrezas, pero es significativo que un 54% declare tener conocimientos aunque no las destrezas y un 11,2% señale que no posee conocimientos. Estos datos llaman aún más la atención al analizar las preguntas sobre formación en prevención y promoción y sobre oferta formativa. Según señalan los encuestados, un 63,1% de los profesionales ha realizado formación en los últimos 5 años, mientras que un 63,3% de profesionales señala que la formación ofertada es insuficiente. Ante estos hallazgos debemos preguntarnos, por una parte, si se está realizando una formación adecuada que aporte las competencias necesarias en materia de prevención y promoción a los profesionales y por otra parte, si existe formación en estas áreas, y en ese caso, si la oferta de actividades es específica en prevención y promoción de salud, atractiva para los profesionales y si se incentiva de alguna manera.

Por otra parte, no podemos saber sin hacer una prueba objetiva, cuál es el nivel de competencia real de los profesionales en prevención y promoción, pero no parece lógico que con un 11,2% de profesionales que declara no poseer conocimientos, y un 54% que declara

tener conocimientos pero no destrezas, haya un 67,5% de profesionales que afirme realizar este tipo de actividades. En este sentido, debemos tener en cuenta que los individuos tendemos en ocasiones a infravalorar nuestras cualidades y que posiblemente los valores sobre el nivel de conocimiento podrían estar algo subestimados. También podría ocurrir, que los profesionales sobreestimen la realización de actividades dada la alta deseabilidad social que tienen. Otra posible explicación es que los profesionales consideren como actividades preventivas y de promoción intervenciones que no lo son, algo fácil de que suceda por la ambigüedad y escasa delimitación de estos conceptos (Monreal et al., 2011). Refuerza esta idea la alta correlación que se encontró en los 24 ítems del CAPPAP que preguntaban sobre un mismo aspecto, tanto desde la óptica de la prevención como desde la promoción, y que hubo que reducir a 12 ítems que incluyeran ambos enfoques en la misma pregunta.

Veamos a continuación las características de los profesionales estudiados según 5 variables de referencia para nuestro estudio: categoría profesional, ubicación del centro, tipo de contrato, experiencia profesional en atención primaria y nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado en prevención y promoción.

Con relación a la **categoría profesional** observamos (Tabla 6.3) que la distribución de la edad de enfermeras y médicos es muy similar, presentando entre 41 y 50 años aproximadamente un 43% de los sujetos encuestados. La proporción de mujeres es algo mayor en las enfermeras con un 62,9% frente al 54,5% de médicos, sin embargo, la diferencia obtenida no es estadísticamente significativa. La mayoría de enfermeras y médicos encuestados (68%) están ubicados en centros urbanos y el tipo de contrato mayoritario que tienen es estatutario, aunque el porcentaje de enfermeras es algo más alto que el de los médicos (60,8% vs. 48,2%). Las enfermeras y médicos también tienen una distribución similar en los años desde la titulación, presentando el subgrupo que tiene la titulación entre 15 y 30 años la proporción más alta.

VARIABLE PRINCIPAL	CATEGORÍA PROFESIONAL		UBICACIÓN CENTRO DE TRABAJO	
	ENFERMERA (N=171)	MÉDICO (N=110)	Centro Salud RURAL (N=90)	Centro Salud URBANO (N=192)
<b>Edad</b>				
21 a 30 años (N)	11,8% (20)	7,3% (8)	15,6%(14)*	7,4%(14)*
31 a 40 años (N)	33,1% (56)	27,3% (30)	37,8% (34)	27,9% (53)
41 a 50 años (N)	42,6%(72)	43,6% (48)	33,3%(30)*	47,4%(90)*
51 o más años (N)	12,4% (21)	21,8% (24)	13,3% (12)	17,4% (33)
<b>Sexo</b>				
Hombre (N)	37,1% (62)	45,5% (50)	45,5% (40)	37,9% (72)
Mujer (N)	62,9%(105)	54,5%(60)	54,5%(48)	62,1%(118)
<b>Categoría profesional</b>				
Enfermera (N)	-----	-----	61,1%(55)	60,7%(116)
Médico (N)	-----	-----	38,9% (35)	39,3% (75)

Ubicación CS				
Rural (N)	32,2% (55)	31,8% (35)	-----	-----
Urbano (N)	67,8%(116)	68,2%(75)	-----	-----
Tipo Contrato				
Estatutario (N)	60,8%(104)	48,2%(53)	42,2%(38)*	62%(119)*
Dispos apoyo interino (N)	10,5% (18)	14,5% (16)	15,6% (14)	10,4% (20)
Interino ≠ disp. apoyo (N)	16,4% (28)	22,7% (25)	23,3% (21)	16,7% (32)
Eventual (N)	12,3% (21)	14,5% (16)	18,9% (17)	10,9% (21)
Años titulación				
< o igual 14 (N)	18,2% (30)	25,5% (27)	35,6%(31)**	14,1%(26)**
15 a 30 años (N)	59,4%(98)	50%(53)	51,7% (45)	57,8% (107)
31 años o más (N)	22,4% (37)	24,5% (26)	12,6%(11)**	28,1%(52)**
Años ZBS				
<5 años (N)	55,6%(95)	56%(61)	70%(63)**	49,2%(94)**
6 a 15 años (N)	24,6% (42)	31,2% (34)	22,2% (20)	29,3% (56)
16 o más años (N)	19,9% (34)	12,8% (14)	7,8%(7)**	21,5%(41)**
Años AP				
<5 años (N)	37,5%(64)*	20,9%(23)*	45,6%(41)**	24,5%(47)**
6 a 10 años (N)	17% (29)	16,4% (18)	15,6% (14)	17,2% (33)
11 a 15 años (N)	13,5% (23)	20,9% (23)	15,6% (14)	16,7% (32)
16 a 20 años (N)	18,7% (32)	17,3% (19)	10%(9)**	21,9%(42)**
21 o más (N)	13,5%(23)*	24,5%(27)*	13,3% (12)	19,8% (38)
Años AH				
< 5 años (N)	63,2%(103)*	84,1%(69)*	72,5%(58)	69,3%(115)
6 a 15 (N)	19,6%(32)*	8,5%(7)*	13,8% (11)	16,9% (28)
16 o más (N)	17,2%(28)*	7,3%(6)*	13,8% (11)	13,9% (23)
Nivel conocimientos				
No tengo conocimiento (N)	13,8% (23)	7,4% (8)	12,5% (11)	10,6% (20)
Poseo cto. falta destzas (N)	49,7%(83)	60,2%(65)	62,5%(55)	50%(94)
Poseo cto. y destrezas (N)	28,1% (47)	22,2% (24)	15,9%(14)	30,3%(57)
Poseo destreza no cto. (N)	8,4% (14)	10,2% (11)	9,1% (8)	9% (17)
Formación P y PS				
Si (N)	68,45% (117)*	55,5%(61)*	56,7%(51)	66,1%(127)
No (N)	31,6% (54)	44,5% (49)	43,3% (39)	33,9% (65)
Realización actividades				
Si (N)	75,1%(127)**	56,4%(62)**	64,8%(57)	66,8%(132)
No (N)	24,9% (42)	43,6% (48)	35,2% (31)	31,3% (60)
Oferta formación				
Insuficiente (N)	57,7%(97)**	71,6%(78)**	64%(57)	63%(119)
Adecuada (N)	40,5%(68)**	20,4%(22)**	33,7% (30)	31,7% (60)

\* Nota: diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$  con la prueba Chi-cuadrado de Pearson o Estadístico exacto de Fisher.  
 \*\* Nota: diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,001$  con la prueba Chi-cuadrado de Pearson o Estadístico exacto de Fisher.  
 - Aparecerán los valores más altos en cursiva. En la variable oferta de formación no aparecen las categorías "nula" y "excesiva" por el escaso número de sujetos que presentan.

Tabla 6.3. Variables principales del perfil profesional de los sujetos encuestados según categoría profesional y ubicación del centro de trabajo.

Alrededor del 55% de enfermeras y médicos de la muestra tienen menos de 5 años de experiencia en la zona básica de salud, mientras que hay una proporción más alta (37,5%) de enfermeras con experiencia menor a 5 años en atención primaria frente a los médicos (20,9%)

(diferencia estadísticamente significativa). Esto puede ser debido a que el itinerario profesional de una enfermera no es exclusivo para la atención primaria. Por el contrario, en los médicos que trabajan en atención primaria, en general, son especialistas en medicina familiar y comunitaria y habitualmente solo han trabajado en atención primaria. Así, debemos pensar que a igualdad de experiencia profesional en atención primaria para un médico lo es en exclusiva, mientras que una enfermera con 5 años de experiencia profesional en atención primaria puede tener más años de experiencia profesional al incluir la experiencia en el ámbito hospitalario.

En clara correspondencia con los datos anteriores, se observa un porcentaje más alto de médicos con experiencia menor a 5 años en atención hospitalaria (84,5%) frente al porcentaje de enfermeras (63,4%) (diferencias estadísticamente significativas). La misma justificación puede darse en este caso, la diferencia en el itinerario profesional de enfermas vs médicos.

No se han encontrado diferencias entre médicos y enfermeras respecto al nivel de conocimientos y destrezas autodeclarado en prevención y promoción. Sin embargo, se observan diferencias estadísticamente significativas en la formación, las enfermeras indican haber realizado más formación en prevención y promoción que los médicos, también en la realización de actividades, señalan que hacen más actividades preventivas y de promoción, y además respecto a la oferta formativa, consideran que es adecuada. Es llamativo el hecho de que a pesar de estos hallazgos, el nivel de conocimientos autodeclarado no difiere entre ambas categorías. Esto podría explicarse porque las enfermeras subestimen su nivel de competencia real. Esta interpretación, además, justificaría que sean las enfermeras quienes indican que realizan más actividades preventivas y de promoción, por otra parte, bastante lógico, ya que son quienes realizan más formación.

Con respecto a la **ubicación del centro en una zona rural o urbana**, decir que hay mayor porcentaje de profesionales de entre 21 y 30 años en los centros de salud rurales y por tanto, los profesionales con rangos de mayor edad se localizan en los centros urbanos. Esto puede deberse a que los profesionales prefieran tener su lugar de trabajo en los núcleos urbanos. Sin embargo, la consolidación del centro de trabajo, y por tanto de su ubicación, solo puede hacerse a través de la superación de un concurso oposición. Dado que esta prueba selectiva en la última década solo se ha realizado en 2000 y 2007, para los profesionales menores de 30 años es prácticamente imposible haber podido consolidar su puesto de trabajo. Refuerza esta interpretación que los profesionales que tienen un tipo de contrato “estatutario”, es decir con plaza en propiedad, se encuentran en mayor porcentaje en centros urbanos (75,8% vs 24,2%).

Estos hallazgos están en consonancia con los años transcurridos desde la obtención de la titulación, el porcentaje de profesionales con más 31 años desde que se titularon es mayor en zonas urbanas, y de igual manera es mayor, en zonas rurales, el porcentaje de profesionales que obtuvieron la titulación hace 14 años o menos. Similares resultados se obtienen al analizar los años que se lleva en la ZBS o en atención primaria, cuando la experiencia profesional es menor a 5 años existe un mayor porcentaje de profesionales en centros rurales y cuando se tienen 16 o más años la tendencia se invierte y el porcentaje es mayor en centros urbanos.

No se han hallado diferencias significativas según la ubicación rural o urbana del centro de salud en las variables relacionadas con el nivel de conocimientos y destrezas autodeclaradas, en la realización de actividades de prevención ni en la oferta de cursos.

Con respecto la variable **situación laboral o tipo de contrato** (Tabla 6.4) indicar que los únicos tipos de contrato de los profesionales del SAS son: estatutario, interino distinto a dispositivo de apoyo, dispositivo de apoyo interino y eventual. Estos tipos de contrato muestran una progresión natural dentro del sistema de contratación, es decir, un profesional tendrá distintos contratos eventuales hasta que llega a ocupar una interinidad, para posteriormente consolidar su plaza como estatutario. Dentro de los profesionales interinos encontramos dos figuras, una denominada interino distinto a dispositivo de apoyo, y que es un tipo de contrato anterior en el tiempo a los dispositivos de apoyo interinos. Actualmente el SAS solo oferta contrataciones en la modalidad interina como dispositivo de apoyo.

Con relación a la situación laboral, los resultados son coherentes con lo que se ha comentado anteriormente, y muestran que, en general, a menor edad y experiencia profesional mayor porcentaje de contratos eventuales y dispositivos de apoyo interinos y al contrario, a mayor edad y experiencia profesional hay mayor porcentaje de profesionales estatutarios e interinos distintos a dispositivos de apoyo. Sin embargo, no hay diferencias en la situación laboral según sexo ni categoría profesional.

El nivel de formación en prevención y promoción de la salud de los profesionales estatutarios es mayor que el de los profesionales eventuales, resultado aparentemente lógico. Sin embargo, debemos matizar este hallazgo. En un análisis estratificado por años de experiencia en atención primaria la diferencia real en el grupo de estatutarios solo se encontró esta diferencia entre los que tienen menos de 5 años de experiencia, que como sabemos corresponde al elevado porcentaje de enfermeras con escasa experiencia en primaria. En cualquier caso, el porcentaje de profesionales eventuales con formación en prevención y promoción es de un 42,1%, un valor bastante alto por otra parte.

VARIABLE PRINCIPAL	SITUACIÓN LABORAL			
	Estatutario	Dispositivo de Apoyo Interino	Interino distinto a dispositivo de apoyo	Eventual
<b>Edad</b>				
21 a 30 años (N)	0,0 % (0)**	17,6 % (6)	9,6 % (5)	44,7 % (17) **
31 a 40 años (N)	12,2 % (19)**	64,7 % (22)	50 % (26) **	52,6 % (20) **
41 a 50 años (N)	60,9 % (95)**	14,7 % (5) **	36,5 % (19)	2,6 % (1) **
51 o más años (N)	26,9 % (42)**	2,9 % (1) **	3,8 % (2) **	0,0 % (0) **
<b>Sexo</b>				
Hombre (N)	43 % (68)	30,3% (10)	41,2% (21)	34,2% (13)
Mujer (N)	56,4 % (88)	69,7% (23)	58,8% (30)	65,8% (25)
<b>Categoría profesional</b>				
Enfermera (N)	66,2 % (104)	52,9 % (18)	52,8 % (28)	56,8 % (21)
Médico (N)	33,8 % (53)	47,1 % (16)	47,2 % (25)	43,2 % (16)
<b>Ubicación CS</b>				
Rural (N)	24,2 % (38)*	41,2 % (14)	39,6 % (21)	44,7 % (17)
Urbano (N)	75,8 % (119)*	58,8 % (20)	60,4 % (32)	55,3% (21)
<b>Años titulación</b>				
< o igual 14 (N)	0,7 % (1)**	53,1 % (17)**	21,6 % (11)	75,7 % (28)**
15 a 30 años (N)	61,8 % (94)**	40,6 % (13)	70,6 % (36) **	24,3 % (9)**
31 años o más (N)	37,5 % (57)**	6,3 % (2)**	7,8 % (4)**	0,0 % (0)**
<b>Años ZBS</b>				
<5 años (N)	38,9 % (61)**	82,4 % (28)**	64,2 % (34)	91,9 % (34)**
6 a 15 años (N)	32,5 % (51)**	17,6 % (6)	30,2 % (16)	8,1 % (3)**
16 o más años (N)	28,7 % (45)**	0,0 % (0)**	5,7 % (3)**	0,0 % (0)
<b>Años AP</b>				
<5 años (N)	13,4 % (21)**	55,9 % (19)**	35,8 % (19)	76,3 % (29)**
6 a 10 años (N)	8,3 % (13)**	29,4 % (10)**	30,2 % (16)**	21,1 % (8)
11 a 15 años (N)	18,5 % (29)	14,7 % (5)	22,6 % (12)	0,0 % (0)**
16 a 20 años (N)	30,6 % (48)**	0,0 % (0)**	3,8 % (2)**	2,6 % (1)**
21 o más (N)	29,3 % (46)**	0,0 % (0)**	7,5 % (4)**	0,0 % (0)**
<b>Años AH</b>				
< 5 años (N)	60,3 % (82)**	93,5 % (29)**	72,7 % (32)	85,7 % (30)**
6 a 15 (N)	15,4 % (21)	6,5 % (2)	25 % (11)	14,3 % (5)
16 o más (N)	24,3 % (33)**	0,0 % (0)**	2,3 % (1)**	0,0 % (0)**
<b>Nivel conocimientos</b>				
No tengo conocimiento (N)	10,5 % (16)	14,7 % (5)	9,4 % (5)	13,9 % (5)
Poseo cto. falta destzas (N)	52,9 % (81)	58,58 % (20)	54,7 % (29)	52,8 % (19)
Poseo cto. y destrezas (N)	27,5 % (42)	17,6 % (6)	28,3 % (15)	22,2 % (8)
Poseo destreza no cto. (N)	9,2 % (14)	8,8 % (3)	7,5 % (4)	11,1 % (4)
<b>Formación P y PS</b>				
Sí (N)	70,1 % (110)*	58,8% (20)	60,4 % (32)	42,1 % (16)*
No (N)	29,9 % (47)*	41,2 % (14)	39,6 % (21)	57,9 % (22)*
<b>Realización actividades</b>				
Sí (N)	71,8 % (112)	70,6 % (24)*	69,2 % (36)	44,7 % (17)*
No (N)	28,2 % (44)	29,4 % (10)*	30,8 % (16)	55,3 % (21)*
<b>Oferta formación</b>				
Insuficiente (N)	59,6 % (93)	64,7 % (22)	66,7 % (34)	73 % (27)
Adecuada (N)	35,3 % (55)	32,4 % (11)	27,5 % (14)	27 % (10)

\*Nota: diferencias estadísticamente significativas p<0,05 con la prueba Chi-cuadrado de Pearson o Estadístico exacto de Fisher.

\*\* Nota: diferencias estadísticamente significativas p<0,001 con la prueba Chi-cuadrado de Pearson o Estadístico exacto de Fisher.

- Aparecerán los valores más altos en cursiva. En la variable oferta de formación no aparecen las categorías "nula" y "excesiva" por el escaso número de sujetos que presentan

**Tabla 6.4. Variables principales del perfil profesional de los encuestados en relación con la situación laboral**

También se observan diferencias estadísticamente significativas en la realización de actividades preventivas y de promoción. Los profesionales eventuales en proporción bastante superior al resto señala que no las realiza. Este hecho podría explicarse por el carácter de ciertas actividades preventivas y de promoción que pueden requerir el conocimiento de la población a la que se atiende. Así, los profesionales eventuales al tener un tiempo de trabajo mucho menor pueden tener como obstáculo para el desarrollo de dichas actividades la falta de contacto con la comunidad y una relación poco mantenida en el tiempo con las personas a las que atiende. Además, hay que tener en cuenta que en el SSPA los profesionales estatutarios e interinos pueden percibir un incentivo económico por realizar este tipo de actividades, denominado atención continuada modalidad "A" (SAS, Resolución 300/05 de 16 de mayo de 2005). A estos resultados hay que añadir que tras realizar un análisis estratificado por ubicación del centro, la diferencia se mantenía solo en los centros urbanos, posiblemente porque la organización de los centros urbanos, para los contratados eventuales se organice más en función de tareas que en la atención a cupos de población completos. Esto conlleva que se realicen las actividades entendidas como clínicamente prioritarias y no las de prevención y promoción de salud.

No obstante, es significativo que de nuevo el nivel autodeclarado de conocimientos y destrezas en prevención y promoción no difiera según tipo de contrato, y que en todos los casos, independientemente del tipo de contrato entre un 50 y un 58% de los encuestados señalen tener conocimientos, pero no destrezas.

Con respecto a los años de experiencia profesional en atención primaria se observa (Tabla 6.5), en buena lógica, que los profesionales con menos experiencia son más jóvenes y por otra parte, que hay más profesionales de enfermería con menos de 5 años de experiencia. Además, es llamativo que un 22,1% de profesionales con menos de 5 años de experiencia en atención primaria, tengan una experiencia en atención hospitalaria de 16 o más años. Esto, como se dijo anteriormente, puede explicarse porque la trayectoria profesional de las enfermeras puede comenzar en atención primaria u hospitalaria y sumar experiencia en atención primaria a intervalos de tiempo, por lo que les cuesta más acumular experiencia en este ámbito. En otras ocasiones, y debido al sistema de traslados del SSPA, lo que ocurre es que se producen directamente trasvases de profesionales de enfermería con mucha experiencia en atención hospitalaria a atención primaria.

VARIABLE PRINCIPAL	AÑOS ATENCIÓN PRIMARIA					NIVEL DE CONOCIMIENTOS Y DESTREZAS AUTODECLARADAS			
	0 a 5	6 a 10	11 a 15	16 a 20	>21	No tengo conocimientos	Poseo conocimientos, me faltan destrezas	Poseo conocimientos y destrezas adecuadas	Poseo las destrezas pero no los conocimientos
<b>Edad</b>									
21 a 30 años (N)	30,7 % (27)**	2,1 % (1)**	0,0 % (0)**	0,0 % (0)**	0,0 % (0)**	29 % (9)*	10,8 % (16)	2,9 % (2)	4 % (1)
31 a 40 años (N)	44,3 % (39)**	68,1 % (32)**	25 % (11)	7,8 % (4)**	2,0 % (1)**	29 % (9)	27,7 % (41)	34,3 % (24)	44 % (11)
41 a 50 años (N)	15,9 % (14)**	23,4 % (11)**	61,4 % (27)**	82,4 % (42)**	52,0 % (26)	32,3 % (10)	46,6 % (69)	45,7 % (32)	24 % (6)*
51 o más años (N)	9,1 % (8)**	6,4 % (3)**	13,6 % (6)	9,8 % (5)	46,0 % (23)**	9,7 % (3)	14,9 % (22)	17,1 % (12)	28 % (7)
<b>Sexo</b>									
Hombre (N)	36,5 % (31)	44,7 % (21)	31,1 % (14)	45,1 % (23)	46 % (23)	44,4 % (12)	36,9 % (55)	47,9 % (34)	36 % (9)
Mujer (N)	63,5 % (54)	55,3 % (26)	68,9 % (31)	54,9 % (28)	54 % (27)	55,6 % (15)	63,1 % (94)	52,1 % (37)	64 % (16)
<b>Categoría profesional</b>									
Enfermera (N)	73,6 % (64)*	61,7 % (29)	50 % (23)	62,7 % (32)	46 % (23)*	74,2 % (23)	56,1 % (83)	66,2 % (47)	56 % (14)
Médico (N)	26,4 % (23)*	38,3 % (18)	50 % (23)	37,3 % (19)	54 % (27)*	25,8 % (8)	43,9 % (65)	33,8 % (24)	44 % (11)
<b>Ubicación CS</b>									
Rural (N)	46,6 % (41)*	29,8 % (14)	30,4 % (14)	17,6 % (9)*	24 % (12)	35,5 % (11)	36,9 % (55)	19,7 % (14)*	32 % (8)
Urbano (N)	53,4 % (47)*	70,2 % (33)	69,8 % (32)	82,4 % (42)*	76 % (38)	64,5 % (20)	63,1 % (94)	80,3 % (57)*	68 % (17)
<b>Tipo Contrato</b>									
Estatutario (N)	23,9 % (21)**	27,7 % (13)**	63 % (29)	94,1 % (48)**	92 % (46)**	51,6 % (16)	54,4 % (81)	59,2 % (42)	56 % (14)
Dispos apoyo interino (N)	21,6 % (19)**	21,3 % (10)**	10,9 % (5)	0,0 % (0)**	0 % (0)**	16,1 % (5)	13,4 % (20)	8,5 % (6)	12 % (4)
Interino ≠ disp. apoyo (N)	21,6 % (19)	34 % (16)**	26,1 % (12)	3,9 % (2)**	8 % (4)**	16,1 % (5)	19,5 % (29)	21,1 % (15)	16 % (4)
Eventual (N)	33 % (29)**	17 % (8)	0,0 % (0)**	2 % (1)**	0 % (0)**	16,1 % (5)	12,8 % (19)	11,3 % (8)	16 % (4)
<b>Años titulación</b>									
< o igual 14 (N)	54,9 % (45)**	19,1 % (9)	4,5 % (2)**	2 % (1)	0 % (0)**	38,7 % (12)	19,7 % (29)	14,7 % (10)	22,7 % (5)
15 a 30 años (N)	32,9 % (27)**	72,3 % (34)	70,5 % (31)**	77,6 % (38)	44 % (22)	45,2 % (14)	59,9 % (88)	57,4 % (39)	45,5 % (10)
31 años o más (N)	12,2 % (10)**	8,5 % (4)	25 % (11)	20,4 % (10)	56 % (28)**	16,1 % (5)	20,4 % (30)	27,9 % (19)	31,8 % (7)
<b>Años ZBS</b>									
<5 años (N)	96,6 % (84)**	53,2 % (25)	39,1 % (18)**	31,4 % (16)**	28 % (14)**	58,1 % (18)	52,3 % (78)	60 % (42)	56 % (14)
6 a 15 años (N)	3,4 % (3)**	46,8 % (22)**	54,3 % (25)**	25,5 % (13)**	26 % (13)	29 % (9)	30,2 % (45)	22,9 % (16)	24 % (6)
16 o más años (N)	0 % (0)**	0 % (0)**	6,5 % (3)**	43,1 % (22)**	46 % (23)**	12,9 % (4)	17,4 % (26)	17,1 % (12)	20 % (5)

Años AP									
<5 años (N)	-----	-----	-----	-----	-----	51,6 % (16)	29,5 % (44)	22,5 % (16)	36 % (9)
6 a 10 años (N)	-----	-----	-----	-----	-----	16,1 % (5)	14,8 % (22)	19,7 % (14)	24 % (6)
11 a 15 años (N)	-----	-----	-----	-----	-----	12,9 % (4)	16,8 % (25)	18,3 % (13)	12 % (3)
16 a 20 años (N)	-----	-----	-----	-----	-----	12,9 % (4)	19,5 % (29)	21,1 % (15)	4 % (1)
21 o más (N)	-----	-----	-----	-----	-----	6,5 % (2)	19,5 % (29)	18,3 % (13)	24 % (6)
Años AH									
< 5 años (N)	65,1 % (56)	65,9 % (27)	55,6 % (20)*	78 % (32)	90,5 % (38)*	75,9 % (22)	77 % (97)	61,3 % (38)	60,9 % (14)
6 a 15 (N)	12,8 % (11)	22 % (9)	25 % (9)	17,1 % (7)	7,1 % (3)	10,3 % (3)	13,5 % (17)	21 % (13)	13 % (3)
16 o más (N)	22,1 % (19)*	12,2 % (5)	19,4 % (7)	4,9 % (2)	2,4 % (1)*	13,8 % (4)	9,5 % (12)	17,7 % (11)	26,1 % (6)
Nivel conocimientos									
No tengo conocimiento (N)	18,8 % (16)	10,6 % (5)	8,9 % (4)	8,2 % (4)	4 % (2)	-----	-----	-----	-----
Poseo cto. falta destzas (N)	51,8 % (44)	46,8 % (22)	55,6 % (25)	59,2 % (29)	58 % (29)	-----	-----	-----	-----
Poseo cto. y destrezas (N)	18,8 % (16)	29,8 % (14)	28,9 % (13)	30,6 % (15)	26 % (13)	-----	-----	-----	-----
Poseo destreza no cto. (N)	10,6 % (9)	12,8 % (6)	6,7 % (3)	2 % (1)	12 % (6)	-----	-----	-----	-----
Formación P y PS									
Si (N)	54,5 % (48)	57,4 % (27)	73,9 % (34)	66,7 % (34)	70 % (35)	16,1 % (5)**	67,8 % (101)	83,1 % (59)**	44 % (11)**
No (N)	45,5 % (40)	42,6 % (20)	26,1 % (12)	33,3 % (17)	30 % (15)	83,9 % (26)**	32,2 % (48)	16,9 % (12)**	56 % (14)**
Realización actividades									
Si (N)	63,2 % (55)	68,1 % (32)	76,1 % (35)	70 % (35)	64 % (32)	43,3 % (13)*	70,3 % (104)	80,3 % (57)*	52 % (13)
No (N)	36,8 % (32)	31,9 % (15)	23,9 % (11)	30 % (15)	36 % (18)	56,7 % (17)*	29,7 % (44)	19,7 % (14)*	48 % (12)
Oferta formación									
Insuficiente (N)	64,4 % (53)	57,4 % (27)	64,4 % (29)	60,8 % (31)	72 % (36)	70 % (21)	65,3 % (96)	52,9 % (37)	76 % (19)
Adecuada (N)	36,5 % (31)	40,4 % (19)	31,1 % (14)	31,4 % (16)	20 % (10)	26 % (8)	27,9 % (41)	45,7 % (32)	24 % (6)

\*Nota: diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,05$  con la prueba Chi-cuadrado de Pearson o Estadístico exacto de Fisher.  
\*\* Nota: diferencias estadísticamente significativas  $p < 0,001$  con la prueba Chi-cuadrado de Pearson o Estadístico exacto de Fisher.  
- Aparecerán los valores más altos en cursiva. En la variable oferta de formación no aparecen las categorías "nula" y "excesiva" por el escaso número de sujetos que presentan.

**Tabla 6.5. Variables principales del perfil profesional de los sujetos encuestados en relación con los años en atención primaria y el nivel de conocimientos**

El análisis de esta variable, confirma la idea mencionada con anterioridad, de que los profesionales con más experiencia laboral prefieren trabajar en centros urbanos. Observamos que en la categoría de profesionales con menos de 5 años de experiencia en atención primaria el porcentaje es prácticamente igual en centros rurales o urbanos (46,6% vs 53,4%). Sin embargo, al aumentar los años de experiencia laboral, lo que conlleva la posible superación de un concurso oposición, este porcentaje aumenta a favor de lo urbano y encontramos un 82,4% de profesionales con experiencia en atención primaria entre 16 y 20 años en los centros urbanos, frente a un 17,6% los centros rurales.

Con respecto a la experiencia en atención primaria y el nivel de conocimientos ningún resultado muestra asociación estadística. No obstante, debemos mencionar algunos aspectos de interés para nuestro estudio. Así, encontramos que el porcentaje de profesionales que expresan que “no tienen conocimientos” al inicio de su carrera profesional (18%) disminuye conforme acumulan experiencia (4% en los que tienen 21 o más años de experiencia). Sin embargo, este cambio no se produce en los profesionales que autodeclaran que poseen conocimientos pero les faltan destrezas (un 52% de profesionales cuando tienen 5 años o menos de experiencia en atención primaria y un 58% cuando acumulan más de 21 años de experiencia). A la vista de estos resultados nos atrevemos a pensar, en primer lugar, que en el contexto y entorno laboral actual existe cierto inmovilismo por parte de algunos profesionales por aprender y adquirir nuevas destrezas sobre prevención y promoción. En segundo lugar, consideramos que se deberían revisar las estrategias de gestión de los centros de salud con la finalidad de crear entornos y culturas organizativas que favorezcan el cambio en este sentido.

Con respecto a la experiencia en atención primaria y la realización de actividades de prevención y promoción, encontramos valores cercanos al 70% de profesionales que dicen realizar este tipo de actividades, independientemente de los años de experiencia en atención primaria. Como se ha comentado anteriormente, este resultado puede estar afectado por el alto número de profesionales de enfermería, con poca experiencia en primaria y que, como se vio, realizan más actividades de este tipo que los médicos. Esto, de nuevo explica los hallazgos, aparentemente paradójicos, como que un 70% de profesionales realicen este tipo de actividades cuando alrededor de un 50% dice tener conocimientos pero no destrezas. Con relación a esto último también parece llamativo que no hayan adquirido estas destrezas por la propia acumulación de experiencia clínica, que parece lo esperable. Con relación a todo esto, además de las argumentaciones ya señaladas sobre la posible infravaloración de los propios conocimientos y destrezas, y de la dificultad para su delimitación por parte de los profesionales, podemos pensar que la oferta formativa de la organización sanitaria es

insuficiente por no tratarse de una estrategia prioritaria para ella, o como ya hemos señalado también, poco específica, atractivos y/o metodológicamente poco adecuada. Converge en este punto otro de los resultados, como también habíamos comprobado anteriormente, a los profesionales la oferta formativa les parece insuficiente (para un 64% de los encuestados), independientemente de los años de experiencia profesional en atención primaria.

Estos hallazgos, además, nos invitan a reflexionar sobre la alta deseabilidad social que posee tanto la prevención como la promoción. Ya, en el diseño del cuestionario, nos dimos cuenta de que el valor del efecto techo en la dimensión “importancia” fue alto (16,6), subrayando la importancia que para la mayor parte de profesionales tienen este tipo de actividades. Esto puede ser un motivo por el que un alto porcentaje de profesionales realizan este tipo de actividades, a pesar de que más de la mitad de los encuestados autodeclara que no poseen las destrezas adecuadas para realizarlas, independientemente de los años de experiencia. Por esto creemos necesario realizar una interpretación cautelosa de estos resultados.

El análisis de la variable **nivel de conocimientos y destrezas autodeclaradas en prevención y promoción** ha despertado un gran interés por las inconsistencias antes comentadas. Veamos las variables asociadas a ella (Tabla 6.5). Así, es de destacar que un 32,3% de profesionales entre 41 y 50 años declaren que no tienen conocimientos, al igual que llama nuestra atención que los profesionales entre 51 años o más, no sean los que declaren poseer más conocimientos y destrezas, si interpretamos que el aprendizaje por experiencia acumulada debería reflejarse en los profesionales de mayor edad. También es interesante que el 46,6% de los profesionales que dicen tener conocimientos pero que les faltan destrezas, sean los que están en la madurez profesional con 41 – 50 años. Una posible explicación ante estos resultados puede ser que al profesional le cuesta “autobarearse” con respecto a sus conocimientos y destrezas en prevención y promoción, entre otros motivos, como ya se comentó anteriormente, por la ambigüedad y escasa delimitación de estos conceptos (Monreal et al., 2011).

Por otra parte, el porcentaje de enfermeras en todas las categorías del nivel de conocimientos declarado es mayor al de médicos, aunque destacan por la amplia diferencia en la categoría “No tengo conocimientos” (74,2% vs. 25,8%), hallazgos que consolidan la idea señalada sobre la subestimación en este sentido de los profesionales de la categoría enfermera.

Con relación a la ubicación del centro se observa una diferencia significativa, el 80,3% de profesionales de las zonas urbanas señalan que tienen conocimientos y destrezas adecuadas

frente al 19,7% de profesionales de los centros rurales. Esto podría estar relacionado al hecho, previamente contrastado de que los profesionales de las zonas rurales son más jóvenes.

Un 51,6% de los estatutarios declaran no tener conocimientos. Este dato es muy llamativo, ya que son profesionales con una más que dilatada trayectoria profesional. La explicación puede venir dada por la incorporación de enfermeras del ámbito hospitalario a la atención primaria con carácter estatutario. Por otra parte, manifiestan que no tienen conocimientos un porcentaje más alto de profesionales que tienen 5 o menos años de experiencia en atención primaria, porcentaje que pasa del 51,6% al 16,1% cuando su experiencia en atención primaria es entre 6 y 10 años. En el caso de las enfermeras, su formación generalista podría influir en este dato, ya que al no ser obligatoria una formación reglada de postgrado, no se exige que posean experiencia en atención primaria para desempeñar su trabajo.

También es interesante destacar que existe un 16,1% de profesionales que aún teniendo formación en prevención y promoción de salud declaran que no tienen conocimientos. De nuevo, estos hallazgos, nos invitan a reflexionar sobre el tipo de formación que se ofrece, ya que podría ser necesario revisar tanto los contenidos como la metodología de este tipo de formación, por si no fuera adecuada para la transmisión y adquisición de habilidades.

Por otra parte, las personas que autodeclaran poseer conocimientos y destrezas adecuadas son las personas que mayor porcentaje de realización de actividades realizan (80,3%). Es lógico que quienes autodeclaran no poseer conocimientos sean quienes menos actividades realicen, a pesar de que declaran un porcentaje alto (43,3%). Los profesionales que poseen conocimientos y destrezas adecuadas valoran la oferta formativa entre insuficiente y adecuada.

Como resumen de este apartado, podemos decir que la muestra seleccionada para el estudio se acerca bastante, en la distribución por edad y sexo, a las características de la población de profesionales del SAS. Con relación a las características laborales evaluadas no podemos saber si ocurre lo mismo, ya que no tenemos datos de referencia. A pesar de ello, debemos destacar que en nuestra muestra hay mayor porcentaje de profesionales de enfermería, trabajan preferentemente en centros urbanos y algo más de la mitad son estatutarios. La experiencia media en atención primaria de estos profesionales es de 12 años, mientras que terminaron la titulación hace unos 23 años. En cuanto al tema de interés de nuestro estudio, solo un 26% de profesionales indica poseer conocimientos y destrezas en prevención y promoción de la salud, a pesar de que cerca del 65% de profesionales señala que ha realizado cursos de formación en

los últimos 5 años. A pesar de esta inconsistencia, hay un porcentaje elevado de profesionales que afirma que sí realiza actividades de promoción y prevención.

Con relación a análisis por variables socio-laborales y las asociaciones encontradas entre sí, podemos definir cuatro perfiles diferenciados (Tabla 6.6). El primero, según la variable categoría profesional, define un perfil tanto para enfermeras como para médicos. Así, los profesionales de enfermería tienen menos años de experiencia en atención primaria, más experiencia en atención hospitalaria y presentan un porcentaje más alto de profesionales estatutarios, aunque en esto último las diferencias no han sido estadísticamente significativas. Además, las enfermeras afirman haber realizado más formación y llevar a cabo más actividades de prevención y promoción de la salud.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PERFILES DE LOS PROFESIONALES SEGÚN VARIABLES			
CATEGORÍA PROFESIONAL		UBICACIÓN CENTRO DE TRABAJO	
Enfermera	Médico	Perfil urbano	Perfil rural
• Mayor formación	• Menor formación	• Mayor edad	• Menor edad
• Mayor realización de actividades	• Menor realización de actividades	• Mayor experiencia en atención primaria	• Menor experiencia en atención primaria
• Menor experiencia en atención primaria	• Mayor experiencia en atención primaria	• Mayor porcentaje de estatutarios	• Menor porcentaje de estatutarios
• Mayor experiencia en atención hospitalaria	• Menor experiencia en atención hospitalaria	• Mayor porcentaje de profesionales con conocimientos y destrezas	• Menor porcentaje de profesionales con conocimientos y destrezas
• Mayor proporción de estatutarios*	• Menor proporción de estatutarios*		
SITUACIÓN LABORAL		EXPERIENCIA EN AP	
Estatutario	Eventual	Mayor experiencia	Menor experiencia
• Mayor edad	• Menor edad	• Mayor edad	• Menor edad
• Mayor experiencia en atención primaria	• Menor experiencia en atención primaria	• Menor experiencia en atención hospitalaria	• Mayor experiencia en atención hospitalaria
• Mayor experiencia en atención hospitalaria <sup>(a)</sup>	• Menor experiencia en atención hospitalaria	• Mayor proporción de estatutarios	• Menor proporción de estatutarios
• Mayor porcentaje en centros urbanos	• Igual porcentaje centros urbanos y rurales	• Mayor porcentaje en centros urbanos	• Menor porcentaje en centros urbanos
• Mayor formación <sup>(a)</sup>	• Menor formación		
• Mayor proporción de actividades <sup>(a)*</sup>	• Menor realización de actividades <sup>(b)</sup>		
*Sin asociación estadística			
(a) Debida a la mayor proporción de enfermeras estatutarias.			
(b) Estratificando por ubicación del centro la diferencia solo se produce en los centros urbanos.			

Tabla 6.6. Características de los perfiles de los profesionales según variables socio-laborales

El segundo perfil según la variable ubicación del centro, ofrece una caracterización diferenciada entre los profesionales que trabajan en centros urbanos y rurales. En los centros urbanos los profesionales tienen más edad, más experiencia laboral en atención primaria, mayor porcentaje de profesionales estatutarios y de profesionales con conocimientos y destrezas. En relación a la situación laboral, encontramos 2 perfiles diferenciados, los profesionales estatutarios y los eventuales. Los estatutarios se caracterizan por tener mayor edad, mayor experiencia en atención primaria, y hay mayor proporción en centros urbanos. Además, los estatutarios tienen más experiencia en atención hospitalaria y afirman haber realizado más horas de formación y realizar más actividades preventivas y de promoción. Sin embargo, hay que matizar, que estas características no debemos atribuir las al tipo de contrato sino al elevado porcentaje de enfermeras estatutarias, que, como se ha visto, tienen más experiencia laboral en atención primaria, realizan más formación y actividades de prevención y promoción.

Respecto a los años de experiencia en atención primaria como se muestra en la tabla 6.6 se distinguen dos perfiles según la experiencia acumulada. Así, los profesionales con mayor experiencia como es lógico tienen más edad, menor experiencia en atención primaria, se concentran principalmente en centros urbanos y hay un porcentaje más alto de estatutarios.

Respecto al nivel de conocimientos y destrezas declarado por los profesionales no hemos podido extraer ningún tipo de perfil característico debido a la homogeneidad de las respuestas independientemente de la variable analizada. Lo más destacable del análisis de esta variable es que en los centros urbanos se acumulan la mayoría de profesionales que indican poseer este tipo de competencias. A su vez, tener conocimientos y destrezas favorece la realización de actividades de prevención y promoción. Sin embargo, lo que más llama la atención es la falta de asociación con ciertas variables como los años de experiencia, tener más edad o ser estatutario. Es decir, parece ilógico que los profesionales con más edad y experiencia profesional no sean quienes declaren tener más conocimientos y destrezas y por tanto, quienes realicen más actividades de prevención y promoción.

Como veremos a continuación, los perfiles detectados permitirán realizar una mejor interpretación y discusión de los resultados hallados en el análisis de las actitudes y las dimensiones del CAPPAP.

### 6.3 Actitudes ante las actividades de prevención y promoción en atención primaria (CAPPAP)

A continuación discutimos sobre los hallazgos encontrados acerca de la relación de las distintas variables principales con las dimensiones e ítems del CAPPAP. (Tabla 6.6)

VARIABLE PRINCIPAL	MEJORA N=262	PERCEPCIÓN N=242	IMPORTANCIA N=271	OPORTUNIDADES N=276	BARRERAS N=274
<b>Puntuación media (dt)</b>	3,06 (0,762)	3,75 (0,560)	4,39 (0,490)	4,19 (0,468)	3,55 (0,662)
<b>Edad</b> Rho Spearman				-0,121*	
<b>Sexo</b> Mujer Hombre		3,81(0,566)* 3,65(0,548)*			
<b>Categoría profesional</b> Enfermera Médico	3,12(0,794) <sup>(a,b)</sup> 2,98(0,708) <sup>(d)</sup>			4,23(0,467)* <sup>(b)</sup> 4,12(0,465)*	3,61(0,674) <sup>(a,b)</sup> 3,47(0,603)
<b>Ubicación CS</b> Rural Urbano		3,86(0,603)* 3,68(0,523)*			
<b>Tipo Contrato</b> Estatutario Dispositivo apoyo Interino distint. apoyo Eventual	3,18(0,785)** 2,89(0,695) 2,76(0,721)** 3,19(0,650)**				
<b>Años titulación</b> < o igual 5 años 15 a 30 años 31 años o más		3,85(0,508)* 3,74(0,545) 3,57(0,614)*	4,32(0,464) 4,45(0,483) <sup>(a)</sup> 4,30(0,538)	4,27(0,405)* 4,24(0,444)* 4,02(0,527)*	
<b>Años AP</b>	No Significativa	No Significativa	No Significativa	No Significativa	No Significativa
<b>Años AH</b> < 5 años 6 a 15 16 o más	3,05 (0,765)** 2,91(0,693)** 3,47(0,705)** <sup>(d)</sup>			4,22(,0462) <sup>(a)</sup> 4,22(0,414) <sup>(a)</sup> 4,00(0,515) <sup>(a)</sup>	
<b>Experiencia profesional</b> Rho Spearman		-0,154*		-0,140*	
<b>Otras titulaciones</b> Si: media(dt) No: media(dt)					3,36(0,822) <sup>(a)</sup> 3,61(0,529)
<b>Formación P y PS</b>	No Significativa	No Significativa	No Significativa	No Significativa	No Significativa
<b>Oferta formación</b> Insuficiente Adecuada		3,70(0,583)* 3,88(0,537)*			
<b>Nivel conocimientos</b> No tengo conocimientos Poseo cto. faltan destrezas Poseo cto. y destrezas Poseo destrezas no cto.	3,62(0,695)*** 2,98(0,711) 2,96(0,868) 3,06(0,538)			4,41(0,440)* 4,14(0,452) 4,22(0,482) 4,14(0,452)	
<b>Realización actividades</b>	No Significativa	No Significativa	No Significativa	No Significativa	No Significativa

\*Nota: p<0,05; \*\*Nota: p<0,005 \*\*\*Nota: p<0,0001  
<sup>(a)</sup>Nota: diferencias muy próximas a la significación estadística.  
<sup>(b)</sup>Tras análisis estratificado por tipo de contrato, se confirman las diferencias en la categoría estatutario para las 3 dimensiones.  
<sup>(c)</sup>En la dimensión mejora en los eventuales estas puntuaciones son en sentido inverso con valores para la enfermera de 2,94(0,54) y para el médico de 3,50(0,675).  
<sup>(d)</sup>Estadísticamente significativa con <5 años y con entre 6 y 15 años.  
 En la variable oferta de formación no aparecen las categorías "nula" y "excesiva" por el escaso número de sujetos que presentan.

**Tabla 6.7. Variables principales del perfil profesional de los sujetos encuestados en relación con la dimensionalidad del CAPPAP**

En primer lugar, cabe mencionar que las puntuaciones medias de las 5 dimensiones del CAPPAP poseen valores que superan en todos los casos al valor medio de la escala, situado en 2,5 puntos. La dimensión mejora tiene un puntuación media de 3,06, la percepción de 3,75, importancia 4,39, oportunidades 4,19 y barreras 3,55 (Tabla 6.7).

6.3.1 La dimensión *mejora de la realización de las actividades preventivas y de promoción en el centro* obtiene un valor de 3,06. Recordemos que en esta dimensión, cuanto menor es la puntuación, menor es la percepción de los profesionales de la necesidad de mejora en la realización de las actividades preventivas y de promoción. Debemos interpretar este resultado como que los profesionales piensan que la necesidad de mejora en sus centros es moderada. Estos resultados no coinciden con el estudio de Solberg et al.(1997), donde la mayoría de los profesionales expresan que no existe necesidad de mejora de los servicios preventivos, aunque a su vez manifiestan que quieren trabajar en la mejora de los mismos. La inconsistencia en la respuesta de los profesionales del estudio de Solberg et al., podría explicarse porque los profesionales no se sienten con la suficiente libertad para responder abiertamente a estas preguntas, y esto explicaría las diferencias respecto a nuestros resultados. Hay que tener en cuenta el contexto de la sanidad estadounidense, que está organizado y gestionado por clínicas privadas, en contraste con el sistema sanitario público español.

Los hallazgos de nuestro estudio permiten matizar el resultado obtenido en esta dimensión. Así, los profesionales de enfermería detectan una mayor necesidad de mejora que los profesionales de medicina. Dichas diferencias son estadísticamente significativas cuando se realiza una estratificación por tipo de contrato, encontrándose dichas diferencias para la categoría estatutario. El análisis pormenorizado de los ítems de esta dimensión muestra que las enfermeras ven más necesidad de mejora que los médicos en las actividades relacionadas con la citología de cérvix y el examen mamario. De nuevo el estudio de Solberg et al. (1997), informa de resultados contrarios a los nuestros. En su estudio son los médicos quienes perciben mayor necesidad de mejora de los servicios preventivos prestados. Este hecho podría tener como explicación la procedencia de los datos de sistemas sanitarios diferentes, en un caso servicios privados y en el nuestro, servicios públicos, donde las competencias y roles de médicos y enfermeras pueden también ser diferentes a nuestro contexto.

Por otra parte, nuestros resultados muestran que, cuando las enfermeras en lugar de ser estatutarias son eventuales, las puntuaciones se invierten, y son los médicos quienes perciben más necesidad de mejora. En definitiva, las enfermeras con un tipo de contrato eventual y los médicos estatutarios perciben una menor necesidad de mejora en las actividades preventivas y de promoción.

Los años de atención hospitalaria también influyen en la percepción de la necesidad de mejora, así los profesionales con 16 o más años de experiencia en atención hospitalaria consideran que hay más necesidades de mejora respecto a quienes acumulan menos años de experiencia. También los profesionales que manifiestan que no tienen conocimientos perciben

más necesidades de mejora en las actividades de prevención y promoción en el centro. En el análisis por ítem, estos profesionales puntúan más alto en la necesidad de mejora del consejo para la alimentación y la actividad física y para el screening de la patología oncológica de la mujer (mamografía, autoexploración mamaria y citología de cérvix). Esto puede ser debido a una falta de formación específica ante estos temas o a una especial sensibilidad por los mismos.

Como hemos comprobado, las enfermeras estatutarias, profesionales con 16 años o más en atención hospitalaria, con contratos estatutarios y que manifiestan no tener conocimientos perciben más necesidades de mejora. Parece existir cierta conexión entre estas tres características. Esto se puede explicar porque son profesionales que se sienten inseguros en el desarrollo de este tipo de actividades y como mecanismo compensatorio perciben una mayor necesidad de mejora. Podemos interpretar estos hallazgos por las características propias del itinerario profesional de las enfermeras. Generalmente las profesionales de enfermería que ya han consolidado su contrato como estatutarias, tras muchos años de experiencia profesional en atención hospitalaria solicitan el traslado a atención primaria. La experiencia en atención hospitalaria les hace tener una visión más clínico-instrumental y vinculada a actividades relacionadas con procesos agudos. Recordemos que las actividades preventivas y de promoción normalmente no están vinculadas a procesos agudos y por tanto, no se obtienen resultados inmediatos a sus intervenciones. Actividades como el consejo y las vacunas están fuera del marco de trabajo donde hay una retroalimentación inmediata en los resultados. Esta suposición se refuerza por el dato hallado en nuestro estudio que pone de manifiesto que son estas mismas enfermeras estatutarias las que perciben mayores obstáculos (barreras) para la realización de actividades de prevención y promoción.

En relación a este tema, hay que mencionar que una Comisión Científico Técnica de la Comunidad de Madrid (2009) señala que se debe potenciar la promoción del autocuidado, indicando que las enfermeras de atención primaria tienen una escasa implicación en la atención holística de la patología aguda. Como se ha dicho, parece lógico que enfermeras con mucha experiencia en atención hospitalaria, con una gran capacidad de atención a la patología aguda y acostumbradas a realizar actividades centradas en problemas interdisciplinarios dentro de la esfera colaborativa, tengan dificultades al pasar a un marco de trabajo que debe centrarse en actividades para la promoción del autocuidado.

Estos hallazgos ponen en tela de juicio el trasvase de enfermeras del contexto hospitalario al contexto de la atención primaria, ya que puede tener consecuencias negativas para la propia organización sanitaria, que es la que permite esta situación. Por ello, aconsejaríamos que

cuando esto ocurra, los profesionales que se incorporen a trabajar en el contexto de la atención primaria reciban una adecuada formación que mejore sus competencias específicas en el área preventiva y de promoción. No debemos olvidar que enfermería tiene un rol primordial en el desarrollo de las actividades de prevención y promoción, fundamentalmente en las de educación sanitaria dirigida a potenciar el autocuidado de la población (Monreal Hajar 2011) y que además, la enfermera cuenta, en especial, con conocimientos y bases teóricas que contemplan los valores y las creencias de las personas como imprescindibles para poder establecer una relación de ayuda que permita intervenir y, en este caso, educar a través de la educación para la salud (Comunidad de Madrid 2009).

En definitiva, estos hallazgos avalan la idea de que para favorecer el desarrollo de actividades preventivas y de promoción, hay que planificar estrategias de intervención adaptadas a los perfiles de contrato en enfermeras (profesionales eventuales vs estatutarios), los años de experiencia previa en atención hospitalaria y el nivel de conocimientos autodeclarado.

6.3.2 *La dimensión percepción de la actitud de los profesionales del centro* tiene un valor de 3,75. Esta puntuación se puede interpretar como que los profesionales tienen una percepción favorable de la actitud ante las actividades de prevención y promoción de sus propios compañeros.

Esta dimensión no presenta asociación estadística con la categoría profesional, pero sí con la variable sexo. La percepción de la actitud de los profesionales y compañeros es más favorable en mujeres que en hombres. Así mismo, es más alta en centros rurales que en urbanos y a su vez es mayor cuantos menos años han transcurrido desde la obtención de la titulación. Los profesionales que opinan que la oferta formativa en prevención y promoción es adecuada, también puntúan más alto en esta dimensión que los que opinan que es insuficiente.

Se observa claramente un perfil socioprofesional más favorable ante la percepción de la actitud de los compañeros hacia las actividades de prevención y promoción. Dicho perfil es el de una profesional de sexo femenino, del entorno rural, que obtuvo la titulación hace menos de 5 años y con poca experiencia profesional.

Parece que el propio hecho de ser mujer predispone a ser más optimistas en la percepción de las actitudes de sus compañeros de centro para estas actividades. Del mismo modo, la escasa experiencia profesional y que el que hayan transcurrido pocos años desde que se obtuvo la titulación, es decir, que se trate de profesionales menos expertos y más jóvenes, son factores favorecedores de una visión más positiva y de buen ambiente para la colaboración entre compañeros.

Atención especial merece el hallazgo sobre la mejor puntuación en esta dimensión de los profesionales del ámbito rural. La explicación a esto puede venir determinada por la menor concentración de profesionales en estos centros. Esto puede ser un factor que facilite la cohesión de los equipos y favorezca una mejor dinámica interprofesional en la cotidianeidad clínica. En los centros urbanos, al existir una mayor concentración de profesionales, las cargas de trabajo son más rígidas en cuanto a su planificación y desarrollo y podría hacer que la percepción de la actitud de colaboración entre los profesionales esté disminuida debido a las imposiciones de la práctica clínica diaria, en principio, más difícil de planificar e implementar conjuntamente. Esto se traduce en una mayor independencia en la realización de las actividades clínicas. Aún así, debemos recordar que los resultados del análisis de los perfiles profesionales del estudio, ha mostrado un mayor número de profesionales con menos experiencia y más jóvenes. Consideramos que la suma de todos estos factores podría estar implicada en la respuesta obtenida.

A pesar, de que el análisis global de la dimensión no ha aportado diferencias en la valoración de esta dimensión por categoría profesional, el análisis pormenorizado de los ítems muestra que las enfermeras tienen una mejor percepción en el ítem “en mi centro la mayoría de mis compañeros de profesión creen que realizar actividades preventivas y de promoción es una parte importante de sus funciones”. Esto puede interpretarse como que las enfermeras les dan más valor a las actividades preventivas y de promoción y expresan que sus compañeros también lo consideran una parte importante de sus funciones.

Por otra parte observamos que cuando se pregunta a los profesionales de enfermería por la percepción de la actitud de sus compañeros de profesión, éstos los puntuaban más alto, y el mismo patrón se observaba en los médicos, es decir, cuando se pregunta a los profesionales de medicina por la actitud de sus compañeros de profesión, éstos los puntúan más alto. Podríamos pensar, en este caso, que su percepción atiende más a un criterio corporativista que a un criterio claro acerca de la percepción del otro perfil profesional, y por ello, no se han obtenido diferencias significativas en esta dimensión según la categoría profesional.

Existen dos ítems de esta dimensión que son más puntuados por profesionales de los centros rurales y por médicos (diferencias estadísticamente significativas). Se trata de los ítem 25 “Los médicos de éste centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción” y 41 “El grado de implicación que actualmente tiene para realizar actividades preventivas y de promoción el Médico es...”. Este hallazgo podría explicarse porque el médico rural es considerado por los compañeros como un médico más cercano y con un carácter más comunitario al ser, en gran número de ocasiones, el único que hay en el

consultorio, por lo que de alguna manera le obliga a estar dispuesto a colaborar y a tener un mayor grado de implicación en las actividades de equipo.

También, en el análisis de los ítems se observa que la percepción favorable de la actitud de los profesionales ante la implicación de las enfermeras disminuye en los profesionales que obtuvieron la titulación hace 31 años o más. Estos profesionales son personas relativamente mayores y en la mayoría de ocasiones cercanas a la edad de jubilación. Es lógico pensar, que éstos profesionales tengan cierto cansancio y consideren necesario el relevo de los más jóvenes dentro de su entorno laboral y que tengan cierta falta de interés en la realización de actividades preventivas y de promoción, percibiendo así, a los compañeros como menos predispuestos a colaborar en actividades de prevención y promoción. Esta suposición se ve reforzada por otros resultados de nuestro estudio, y que muestran que el grado de importancia de 6 de las 11 actividades preventivas y de promoción que valora el CAPPAP, disminuye en los profesionales que hace 31 años o más que obtuvieron la titulación con respecto a quienes la obtuvieron hace entre 15 y 30 años.

En el análisis pormenorizado de ítems también se pueden apreciar diferencias significativas en 3 ítems en los que se pregunta acerca de la actitud de colaboración e implicación de los profesionales médicos. En concreto, los profesionales que afirman no poseer formación en prevención y promoción de salud en los últimos 5 años, puntúan de forma más favorable estos tres ítems. La explicación a este dato puede venir dada por una visión jerarquizada hacia los profesionales de medicina en atención primaria. Es decir, son los profesionales con menos formación quienes piensan que los médicos deben tener una mayor implicación y disposición ante este tipo de actividades. Parece que esta modificación en la percepción de la actitud hacia los médicos se debe a una especie de mecanismo compensatorio en el que, ante una falta de formación específica, el perfil profesional ante el cual depositar la confianza para este tipo de actividades es el de medicina.

Por último, señalar que la tabla 5.120 (capítulo Resultados) nos muestra la correlación existente entre la pregunta “estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción” con la percepción de la disposición a colaborar del resto de compañeros bien sean médicos y enfermeras, obteniéndose una correlación de 0,356 y 0,475 respectivamente. Podríamos interpretar esta moderada correlación como que los profesionales que están dispuestos a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción, también perciben más dispuestos a colaborar a sus compañeros de medicina y de enfermería.

En definitiva, la percepción general de los profesionales de atención primaria de la actitud de los demás compañeros para la realización de actividades de prevención y promoción es bastante buena. A la hora de proponer intervenciones para aumentar este tipo de actividades habrá que tener en cuenta que los profesionales de sexo masculino, de mayor experiencia y de centros urbanos, pueden tener una percepción más desfavorable del entorno de colaboración. Por tanto, sería recomendable desarrollar estrategias de trabajo en equipo hacia estos perfiles profesionales, no hay que olvidar que el trabajo en equipo multidisciplinar es uno de los pilares básicos en los que se sustenta la actual atención primaria (Ministerio de Sanidad, 2012).

6.3.3 *La dimensión importancia concedida a las actividades preventivas y de promoción* es la que posee un valor más alto con 4,39 puntos. Ante este dato, surge de nuevo la idea de la alta deseabilidad social que poseen las intervenciones por las que se ha preguntado. Este aspecto puede restar capacidad de discriminación a esta dimensión. Sin embargo, si observamos los resultados de la tabla 6.7 donde se muestran las actividades preventivas y de promoción ordenadas de forma de mayor a menor grado de importancia, podemos obtener información relevante.

Orden importancia		N	media	dt
1	6. ¿Cómo de importante consideras las vacunaciones del calendario oficial?	277	4,74	,581
2	1. ¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?	278	4,56	,737
3	2. ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	278	4,53	,749
4	4. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de hipertensión arterial?	277	4,47	,683
5	9. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	279	4,43	,736
6	10. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable?	280	4,43	,754
7	11. ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se realice actividad física?	280	4,37	,765
8	5. ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia?	276	4,37	,720
9	3. ¿Cómo de importante consideras el examen mamario?	278	4,31	,918
10	8. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?	279	4,18	,781
11	7. ¿Cómo de importante consideras la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)?	278	3,90	1,01

**Tabla 6.7. Orden de importancia de las distintas actividades preventivas y de promoción propuestas por el CAPPAP**

Así, la puntuación más alta es para las vacunaciones del calendario oficial, seguido de las actividades relacionadas con la detección precoz de alteraciones relacionadas con procesos oncológicos en la mujer, actividades relacionadas con enfermedades cardiovasculares,

vacunación antigripal y vacunación fuera de calendario vacunal antineumocócica. Por lo que aunque la dimensión no es capaz de discriminar la importancia atribuida a estas actividades según diferentes características o perfiles profesionales, al menos, es capaz de discriminar la importancia que dan los profesionales a las distintas actividades preventivas y de promoción sobre las que se les ha preguntado.

Debemos detenernos en el resultado obtenido en la importancia de la vacunación antigripal. En la tabla 2.6 (capítulo Marco Conceptual) podemos observar que el porcentaje de vacunación antigripal en personas mayores de 65 años en el periodo estacional 2012-2013 es del 57%. En ese mismo capítulo, en la tabla 2.7 se aprecia el cambio en la cobertura de esta vacuna desde la temporada 1996-1997 hasta la 2012-2013, apreciando que, aunque en la actualidad existe mejor infraestructura para llegar a un mayor porcentaje de población, no se obtienen los resultados esperados.

En nuestros resultados, los profesionales puntúan el grado de importancia de esta actividad en penúltimo lugar, es decir, en la posición 10 de 11 (Tabla 6.7). Esta situación pudiera explicarse porque los profesionales realmente no consideran que esta práctica preventiva sea importante. En un estudio se encontró que los motivos más frecuentes en profesionales sanitarios hospitalarios para no vacunarse se basan en los posibles efectos derivados de su administración, la percepción de bajo riesgo y dudas sobre su efectividad (Galicia-García 2006). Posteriormente, un estudio comparó los motivos para vacunarse contra la gripe A, encontrándose similares resultados (Sánchez-Payá et al., 2011). Si bien es cierto que dichas investigaciones están referidas a la vacunación de los profesionales, no debemos olvidar que son los profesionales, especialmente los de enfermería, los que recomiendan la vacunación a las personas a su cuidado. De otra parte, Kloppe et al. (2005), señala que los médicos a nivel europeo valoran como un obstáculo las dudas que tienen los pacientes respecto a la efectividad de las intervenciones preventivas y de promoción, esto garantiza un caldo de cultivo que puede perpetuar esta situación y sobre el que se debería actuar, y no solo en España.

Los resultados también muestran en el último lugar de importancia a la vacunación antineumocócica en menores de 2 años invitándonos a la reflexión sobre la importancia que dan los profesionales a las vacunaciones en edades tempranas vs las vacunaciones en edad adulta o no contempladas en el calendario vacunal oficial.

En el análisis de esta dimensión, según las variables socio-laborales de los profesionales, encontramos hallazgos destacables. Así, se observa que los profesionales que tienen entre 21 y

30 años son los que menor importancia dan a la vacunación antigripal. Continuando con el análisis pormenorizado de ítems, podemos observar que las mujeres consideran más importante que los hombres los ítems 1 y 2 relativos a la importancia de la citología de cérvix y a la mamografía. Este hecho podría explicarse por el hecho de que las mujeres tengan una especial sensibilidad hacia la importancia que tiene el screening de patología oncológica femenina.

Por otra parte, el ítem 3 relacionado con el screening de patología oncológica femenina (autoexploración mamaria) es más importante para las enfermeras que para los médicos. Mientras que los ítems 4 y 5, relacionados con la detección y seguimiento de la hipertensión y la hipercolesterolemia son más importantes para los médicos. Estos hechos podrían explicarse porque los profesionales de la medicina tienen un enfoque más clínico e intervencionista (hipertensión y colesterol) con intervenciones farmacológicas muy definidas frente a un enfoque más enfermero (educación para la salud) como es la enseñanza de la autoexploración mamaria. Esta misma explicación podría servirnos para interpretar que los médicos den más importancia al ítem 7 relacionado con la vacunación antineumocócica en menores de 2 años.

Se observa un patrón interesante en la valoración que realizan los profesionales, según los años desde que tienen la titulación, de la importancia de 5 de las 11 intervenciones de esta dimensión (los 3 tipos de intervenciones basadas en el consejo: alimentación, actividad física y hábito tabáquico, así como la mamografía y la vacunación antigripal). Dicho patrón, con forma de “v” invertida, consiste en que estos ítems siempre son puntuados más bajo por los profesionales que hace 14 años o menos que han obtenido la titulación y por los que hace 31 años o más, frente a los que hace 15 años o más que la obtuvieron. Es decir, el rango que va desde los 15 a los 30 años desde que han obtenido la titulación, siempre da mayor importancia a las actividades antes mencionadas. Considerando, aproximadamente, que los años desde que obtuvieron la titulación coinciden con los años de experiencia profesional en edades altas, es bastante probable que lo hagan, podríamos explicar estos hallazgos, porque los profesionales situados en dicho rango poseen una importante experiencia clínica y que están en la plenitud de su vida profesional, y mostrando un mayor interés en este tipo de actividades.

Continuando con la discusión pormenorizada de los ítems podemos observar que los profesionales que llevan menos de 5 años en atención primaria, frente al resto de categorías con más experiencia, son los que menos importancia otorgan al consejo sobre el cese del hábito tabáquico (diferencia estadísticamente significativa). La Consejería de Salud de la Junta de Andalucía a través de su Plan Integral de tabaquismo en Andalucía 2005-2010 (2005), ha

realizado un esfuerzo muy importante en la formación del consejo antitabáquico en los profesionales de atención primaria del SAS. Es lógico pensar que los profesionales que tienen menos de 5 años de experiencia en atención primaria, han tenido una menor posibilidad de realizar cursos dirigidas a la formación en consejo antitabaco.

Por otro lado, los profesionales que tienen menos de 5 años de experiencia en atención hospitalaria dan más importancia a la citología de cérvix, mamografía y a la detección y seguimiento de la hipertensión arterial. Este hecho podría explicarse por la confusión que podrían generar los profesionales de medicina que estarían incluidos en esta categoría, aunque no tengan experiencia en atención hospitalaria, por lo que otra interpretación del dato creemos que no debería realizarse.

La escasa literatura sobre el tema, solo permite comparar nuestros resultados con el estudio de Litaker et al. (2005) y, en concreto, con 3 de las 5 actividades preventivas que menciona en su estudio. De éstas, la actividad preventiva mejor puntuada es el consejo antitabaco, la segunda la citología de cérvix y la tercera el consejo dietético. Estos resultados no coinciden con el ranking obtenido en nuestro estudio, posiblemente por la cultura social del hábito tabáquico en los Estados Unidos.

Para finalizar, señalar que estos resultados ilustran la idea sostenida por otros autores (Green LW & Kreuter MW, 1991) de que la importancia concedida a una actividad, como ocurre con la vacunación antigripal, puede influir en la percepción y conducta del profesional y por tanto, en el hecho de que esta conducta no sea realizada.

*6.3.4 La dimensión oportunidades de mejora en el centro para la realización de actividades de prevención y promoción* tienen una puntuación de 4,19. Dicha puntuación es bastante elevada y representa un buen punto de partida para las propuestas de mejora que se valoran en dicha dimensión.

La edad aparece como una variable que influye en la percepción de las oportunidades de mejora de los profesionales. El sentido de dicha variable es inverso, es decir, a más edad hay una menor percepción de oportunidades de mejora en el centro. Este dato podría explicarse, como ha aparecido en apartados anteriores, porque los profesionales de más edad tengan un menor interés en las actividades preventivas y de promoción, por el agotamiento o aburguesamiento que suele acompañar con el aumento de la edad y los años de trabajo.

Los profesionales de enfermería tienen una percepción de las oportunidades significativamente superior que los profesionales de medicina. Una posible explicación para este hallazgo podría ser que los profesionales de enfermería son más optimistas y menos

conservadores a la hora de realizar actividades. En este sentido la Comisión Científico Técnica de la Comunidad de Madrid (2009) apunta que los profesionales de enfermería tienen una gran voluntariedad a la hora de realizar ciertas intervenciones en atención primaria.

Por otro lado, se ha encontrado asociación entre la percepción de las oportunidades y los años que han transcurrido desde la obtención de la titulación. Así, los profesionales que hace 31 o más años que obtuvieron la titulación tienen una percepción más baja de las oportunidades que el resto de profesionales. Este hallazgo va en sintonía con el que anteriormente hemos comentado de la edad, en el que apuntábamos que podría explicarse porque los profesionales de más edad tengan un menor interés en las actividades preventivas y de promoción. A su vez, se apoya en otros hallazgos del estudio que apuntan la misma idea, y que nos muestran que los profesionales con mayor experiencia profesional (evidentemente acompañada de más edad y de más años desde la obtención de la titulación) y con más de 16 años de experiencia hospitalaria, perciben menos oportunidades de mejora.

En referencia a las oportunidades y el nivel de conocimientos se observa que un nivel autodeclarado de conocimientos en la categoría “no tengo conocimientos”, correlaciona significativamente con una mayor percepción de oportunidades. Este hecho podría explicarse si consideramos que los profesionales que no tienen conocimientos sobre actividades de prevención y promoción ven mayores oportunidades de incorporar conocimientos y mejorar.

Tras el análisis pormenorizado de los ítems podemos observar que el ítem 30 es el peor puntuado y no supera el valor de 4 como el resto. Este ítem se refiere como oportunidad de mejora a “que los pacientes quieren que se les den servicios de prevención y promoción”. Podemos interpretar este dato como que, los profesionales de atención primaria perciben que no representa una buena oportunidad el que los pacientes quieran servicios preventivos y de promoción. En este sentido, encontramos una reiterada idea en la literatura de que los pacientes se resisten a cambiar sus comportamientos y esperan una prescripción en lugar de un consejo (Salleras et al., 2003; Monreal et al., 2011), aspectos contrarios, en ocasiones, a los servicios preventivos y especialmente de promoción. Aun no existiendo mucha literatura al respecto encontramos un estudio (Fernández Vargas AM, et al., 2003) realizado en pacientes con EPOC en el que se señala que del total de pacientes contactados (N=318) no quieren participar en la educación sanitaria que se les oferta en su centro o no acuden a la cita un 12,5% (N=40). Además, los resultados del estudio señalan que de los pacientes estudiados, un 72,3% no realiza dieta, un 23,4 %no realiza ejercicio, un 53,2 % no tiene información, un 42% no tienen conocimientos de técnicas de inhalación y un 97,5% no conoce las técnicas de rehabilitación respiratoria. Otros tres estudios (Kloppe et al., 2005; Grant et al., 1998; McAvoy

et al., 1999) señalan que más del 50% de los médicos se sienten escépticos frente a la capacidad de ayudar a sus pacientes a que reduzcan el consumo de alcohol, tabaco, mantengan un peso normal y que hagan ejercicio de manera regular.

En el lado contrario, el ítem con una puntuación más alta es el que hace referencia al trabajo en equipo para mejorar las actividades preventivas y de promoción. Curiosamente Monreal et al., (2011), nos indica que los profesionales de atención primaria mantienen un trabajo aislado, y por otro lado, el estudio de la Comisión Científico Técnica de la Comunidad de Madrid (2009) señala que existe un “divorcio” entre medicina y enfermería. La explicación a la puntuación obtenida en este ítem podría ser la alta deseabilidad social que gira alrededor del trabajo en equipo y que luego, por diversas razones, no llega a concretarse.

Otro aspecto destacable es que los profesionales estatutarios son los que peor puntúan en los ítems 27, 28 y 29 frente a los eventuales que son los que mejor puntúan. Estos ítems son: “Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal de nuestras consultas”, “ Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para los servicios preventivos y de promoción que necesita mi paciente”, “Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los pacientes para reducir sus factores de riesgo, yo podría hacer mejor mi trabajo”. La explicación a este hallazgo podría ser como ya hemos visto anteriormente, que a mayor edad menor interés en la realización de actividades preventivas y de promoción. Esta hipótesis podría apoyarse por la asociación estadística que se encuentra en las puntuaciones entre los ítem 28 y 29 entre los profesionales con 31 o más años desde que obtuvieron la titulación y los que hace 14 años o menos. En dicha puntuación los profesionales que hace 31 o más años que obtuvieron la titulación ven menos oportunidades de mejora.

Con relación a estos ítems, debemos reflexionar sobre la importancia de insistir a los profesionales en la utilización de este tipo de estrategias para la mejora de la implantación de actividades de prevención y promoción. Existe suficiente evidencia que avala el apoyo y fomento de las actividades mencionadas, en concreto, y con respecto a los sistemas de recordatorio, Renders (2001) para el caso del tratamiento para la diabetes, encontró que mejoran la convocatoria y el examen regular de los pacientes, así como que pueden mejorar el tratamiento de la diabetes. Señala, además, que los enfermeros pueden desempeñar una función importante en las intervenciones orientadas hacia los pacientes, mediante la educación de los pacientes y al facilitar la adhesión al tratamiento. En este mismo sentido, Shojania et al. (2009) hallaron que generalmente los recordatorios informáticos en los lugares

de atención sanitaria, logran mejorías de leves a moderadas en el comportamiento del profesional sanitario.

En definitiva, los profesionales puntúan alto estos ítems, especialmente los eventuales, aunque también los estatutarios, pudiendo por tanto aprovechar este punto de partida para implementar este tipo de intervenciones, que no son especialmente costosas para las organizaciones sanitarias y que son de efectividad demostrada.

6.3.5 *La dimensión obstáculos (barreras) para la realización de actividades preventivas y de promoción* tiene una puntuación de 3,55. Dicha puntuación debemos interpretarla considerando que si bien todas las barreras por las que se ha preguntado en esta dimensión son percibidas como tales por los profesionales, las puntuaciones que les han dado hacen pensar que realmente no son valoradas como obstáculos insalvables.

Concretamente, el ítem 35 es el valorado con una puntuación más baja, es decir representa el obstáculo de menor importancia. Dicho ítem se refiere al apoyo recibido por la dirección del centro para realizar tareas preventivas y de promoción. Una posible explicación podría ser que desde la dirección del centro no se coarta que se trabaje en este tipo de actividades y además, que realmente existe una alta deseabilidad social para las mismas. Sin embargo, analizando el Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el SAS (Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2010), se hace necesario señalar que la prevención y promoción no parece una línea estratégica para la Consejería de Salud, ya que en este documento solo se cita 2 veces el concepto “promoción de salud”.

Estos datos resultan paradójicos cuando se extraen de un documento que tiene como misión: “hacer efectivos los compromisos que, en materia de atención sanitaria, ha establecido el Gobierno de la Junta de Andalucía con la ciudadanía”. Si se hace un análisis pormenorizado de los objetivos relacionados con la prevención y la promoción, vemos que solo hay un objetivo que contempla 3 indicadores que no focalizan a los profesionales a trabajar en esas áreas de interés y que no transmiten la importancia de trabajar en prevención y promoción. En resumen, aunque a nivel local no se vete el trabajo en esas áreas, a nivel de macrogestión es posible que aún se esté distante de trabajar en un camino que fortalezca de manera efectiva a los profesionales para la realización de este tipo de actividades. Las compensaciones económicas por la consecución de objetivos, es una de las intervenciones que se han mostrado efectivas para la mejora de la realización de las actividades por parte de los profesionales (Flodgren et al., 2011), y aún parece que estamos muy lejos de este logro.

El ítem con una puntuación más alta, es decir, el que es considerado el obstáculo más grande por los profesionales, es el 37 “la carga de trabajo adicional que requieren”. Esto podría explicarse porque en los centros de trabajo se exigen otro tipo de intervenciones clínicas que no siempre coinciden con actividades de prevención y promoción y el profesional entiende las actividades de prevención y promoción como trabajo extra. Ideas parecidas expresan autores como Manzanera (1998) y Aranda (2007), quienes han subrayado este problema indicando que existe una separación entre el sistema asistencial y los servicios de salud pública (más cercanos a las actividades de prevención y promoción de la salud). Resultados similares obtiene Kloppe et al. (1995), en su estudio realizado en médicos, y para quienes el exceso de carga de trabajo es el mayor obstáculo. El ítem 36 “la cantidad de tiempo que requieren” tiene un valor prácticamente igual al ítem 37. Esto podría explicarse porque una carga de trabajo adicional a su vez conlleva una cantidad de tiempo mayor, por lo que ambos ítems están muy relacionados entre sí. Coinciden estos resultados con los obtenidos en el estudio de Solberg et al. (1997).

Existe una relación, que aún sin tener valores suficientes para determinar asociación estadística, se encuentra muy cercana; nos referimos a la asociación entre la percepción de barreras y la categoría profesional. Las enfermeras puntúan la dimensión barreras más alto que los médicos. Quizá este hecho pudiera explicarse porque los profesionales de enfermería perciben algunos obstáculos como mayores, especialmente el obstáculo acerca de la importancia relativa de este tipo de actividades. Podríamos pensar, en relación a este hallazgo que, las enfermeras perciben la importancia relativa de las actividades de prevención y promoción frente a sus otras responsabilidades como un obstáculo mayor que los profesionales de la medicina.

También puntúan las barreras de forma diferente los profesionales según afirman tener o no otra titulación (diferencias cercanas a la significación estadística). Así, los profesionales que poseen otra titulación perciben menos obstáculos que las que no la tienen. Este hecho podría explicarse si se piensa que, quien tiene otras titulaciones tiene más desarrollo de ciertas capacidades y habilidades que les puede hacer ser más confiado en sus posibilidades a la hora de valorar los obstáculos.

A la hora de discutir pormenorizadamente los ítems podemos observar que los profesionales más jóvenes, con edades entre 21 y 30 años, perciben más como un obstáculo la resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud que los profesionales que tienen entre 41 y 50 años. Este hecho podría explicarse por la falta de experiencia clínica de los más jóvenes, quienes pueden sobrevalorar ciertos obstáculos, como en este caso. Esta

hipótesis podría verse reforzada por el hecho de que los profesionales estatutarios también lo ven menos como obstáculo que los eventuales, con casi una diferencia de un punto. Este mismo ítem es percibido por las mujeres como un mayor obstáculo que los hombres. Una explicación posible puede ser que esté vinculado a un rasgo de la construcción social del género.

Los profesionales que trabajan en los centros urbanos, perciben como mayor obstáculo la cantidad de tiempo que requiere este tipo de actividades. Este hecho podría explicarse porque la presión asistencial en los centros urbanos es mayor. También lo profesionales que tienen menos de 5 años en atención primaria, valoran como mayor obstáculo la cantidad de tiempo y la carga de trabajo adicional que requieren frente a los profesionales que llevan entre 6 y 10 años en atención primaria. Esto podría explicarse porque la falta de experiencia les hace tener una visión más optimista del tiempo y trabajo que requieren este tipo de actividades. Cuando son profesionales con más experiencia, son capaces de valorar esto como un obstáculo mayor.

Los profesionales de nuestra muestra que autodeclaran que poseen conocimientos pero que les faltan destrezas, ven la cantidad de tiempo que requieren este tipo de actividades como un obstáculo menor que aquellos profesionales que tienen las destrezas pero no los conocimientos. Este hecho podría explicarse porque las personas que poseen los conocimientos creen que podrían hacer este tipo de actividades más fácilmente que quienes creen que tienen capacidad de hacerlas pero no los conocimientos. Así, por ejemplo, podemos encontrar profesionales que conocen la metodología de los consejos, pero no tienen los conocimientos específicos para llevar a cabo el consejo de alimentación, ejercicio o deshabituación tabáquica. En este sentido (McAvoy et al., 1999) encontró que los médicos se sentían potencialmente eficaces o muy eficaces sobre sus pacientes a la hora de modificar el hábito tabáquico, el consumo de alcohol, promover y reducir el exceso de calorías, si previamente habían recibido una formación específica.

Si comparamos nuestros resultados con los de Solberg et al. (1997), encontramos que en su estudio los médicos perciben más barreras para la realización de actividades preventivas que las enfermeras. Este hecho podría explicarse por tratarse de contextos sanitarios distintos. Mientras que en el estudio de Solberg et al. (1997) los profesionales trabajan en un contexto de asistencia sanitaria privada, en nuestro contexto la asistencia estudiada es pública. Debemos también reflexionar acerca de los roles que tienen médicos y enfermeras en dichos contextos sanitarios, ya que es consistente que en el estudio de Solberg et al. (1997) 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.

Como resumen de este apartado, destacar que los profesionales de atención primaria encuestados tienen una actitud muy favorable ante las actividades de prevención y promoción de la salud. En términos generales conceden gran importancia a este tipo de actividades, perciben también una actitud favorable del resto de compañeros, lo que hace suponer que hay buen clima para trabajar en equipo en este área, perciben que la necesidad de mejora en sus centros es moderada, y aún así, consideran que hay oportunidades de mejora respecto a como se están haciendo las cosas. Finalmente, a pesar de ser conscientes de las barreras y obstáculos que se pueden encontrar para ello, no las consideran insalvables.

El estudio de las variables sociodemográficas y profesionales, no ha mostrado grandes diferencias en la respuesta a las dimensiones del CAPPAP. Aún así, podemos hacer apreciaciones de interés que pueden ayudar a la hora de entender ciertas conductas ante las actividades de prevención y promoción y, por otra parte, servir en la planificación de estrategias dirigidas a mejorar la implementación de estas actividades en atención primaria.

Los principales hallazgos, muestran que las enfermeras estatutarias perciben más necesidad de mejora y más barreras, y al tiempo, más oportunidades para mejorar. Además, también perciben más necesidades de mejora, los profesionales con más de 16 años de experiencia en atención hospitalaria y quienes declaran que no tienen conocimientos en prevención y promoción. Estos hallazgos, son consistentes con el perfil de la enfermera en este ámbito, como se vio en el análisis de los perfiles socio-laborales. Las enfermeras principalmente son estatutarias, tienen mucha más experiencia en atención hospitalaria que en primaria y además, se encontró que entre quienes decían no tener conocimientos, el porcentaje de enfermeras era más alto. Sin embargo, hay que tener en cuenta que dichas enfermeras realizan más formación y más actividades preventivas y de promoción.

Por otra parte, se observa claramente un patrón de las características socio-laborales en los profesionales que tienen una percepción más favorable de la actitud de los compañeros hacia las actividades de prevención y promoción. Dicho patrón es el de un profesional de sexo femenino, del 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).

De igual manera, ser más joven, enfermera, tener menos experiencia profesional, menos de 5 años desde la obtención de la titulación y declarar no tener conocimientos en prevención y promoción, se ha asociado con percibir mayores oportunidades de mejora.

La dimensión importancia no se relaciona con ninguna de las variables estudiadas. No obstante, sí permite la realización de un análisis jerárquico sobre la importancia percibida de cada una de las actividades planteadas en el cuestionario. Este resultado es muy interesante, ya que permite el análisis pormenorizado de cada actividad preventiva, que enmarcada en su contexto y conociendo los resultados de consecución de la misma, permite analizar la relación entre la importancia concedida por el profesional y el grado de cumplimiento de la misma.

En cuanto a las principales barreras para la realización de actividades de prevención y promoción, parece que hay coincidencia con otros autores (Kloppe et al., 1995) (Solberg et al., 1997) (Martin Zurro et al., 2011) en que el tiempo y la carga de trabajo es la principal barrera, especialmente en el entorno urbano.

#### **6.4 Limitaciones del estudio**

##### **6.4.1 Acerca del diseño y proceso de validación del CAPPAP**

Pueden considerarse limitaciones del CAPPAP el valor de consistencia interna del factor "obstáculos" que, al presentar un valor entre 0,60 y 0,69 puede considerarse como mejorable. Por otro lado, es posible que la redacción de algunas preguntas no sea clara ni tenga una respuesta unívoca, lo que afectaría a la validez aparente del cuestionario. Por ejemplo, la respuesta a las preguntas de la dimensión 3 (importancia concedida), que comienzan con "¿Cómo de importante consideras...?", puede venir condicionada por circunstancias que no se explican (como por ejemplo, el tipo de población al que va dirigida la actividad). Además, el efecto techo en dicha dimensión refleja una alta deseabilidad social, lo que afectaría también a la validez. Otra limitación es que con el presente estudio no se dispone de datos acerca de la sensibilidad al cambio del cuestionario. Éste es un aspecto crítico para el uso del CAPPAP. Por último, la forma de selección de la muestra (por conveniencia) podría hacer que las personas que contestan el cuestionario tengan actitudes más positivas (y parecidas entre sí) hacia la prevención y promoción, lo que podría dar unos índices de consistencia sobreestimados.

Dichas limitaciones, tal y como comentábamos en el apartado 6.1 deben combatirse realizando una interpretación prudente de la dimensión 3: "Importancia concedida a las actividades de prevención y promoción", contextualizando los resultados que se obtengan en el ámbito en el que se utilice el cuestionario. En el análisis de las actitudes realizado se puede comprobar que esta dimensión al poseer una alta deseabilidad social no es capaz de realizar una buena discriminación numérica, pero sí que es capaz de establecer un ranking de importancia de las intervenciones por las que busca información.

Con respecto al ítem 38 en la tabla 5.14 veíamos que tenía una carga factorial baja (0,355). Además la fiabilidad del factor 5 es de 0,663 que es una fiabilidad mejorable y si se hubiera eliminado el ítem este valor hubiera estado en 0,724 con lo que se hubiera mejorado su fiabilidad. La decisión de mantener el ítem viene determinada por la reiterada idea en la literatura de que los pacientes se resisten a cambiar sus comportamientos y esperan una prescripción en lugar de un consejo (Salleras et al., 2003; Monreal Hajar 2011).

Con respecto a los ítems 43 y 44 referentes al grado de implicación de fisioterapeutas y trabajadores sociales se hace necesario explicitar que no todos los centros de trabajo en atención primaria cuentan con este tipo de profesionales, por lo que los ítems han obtenido una baja tasa de respuesta. Por tanto, en la aplicación del cuestionario se debe tener en cuenta estos ítems porque puede aumentar la no respuesta para la dimensión a la que pertenecen. Además, se recomienda realizar análisis de las características métricas del CAPPAP en otras poblaciones de profesionales en las que sea utilizado, así como análisis de la sensibilidad al cambio tras una intervención que pretenda mejorar las actitudes profesionales ante la promoción y prevención.

#### 6.4.2 Acerca de la representatividad de la muestra

El tamaño muestral conseguido es suficiente para la representatividad de los 10.913 profesionales de atención primaria del Servicio Andaluz de Salud que trabajaban en atención primaria en el año 2010 (Servicio Andaluz de Salud, 2011). Aunque la muestra no es aleatoria con respecto a las principales variables edad y el sexo, la distribución de estas variables en la muestra se aproximan bastante a los de la población de estudio, a excepción de la distribución del sexo en el perfil profesional médico, que en nuestra investigación es de un 45,5% de hombres y en la población de estudio (SAS) esta proporción llega hasta el 57,7%. Con estos resultados, podemos considerar que aunque el muestreo no es aleatorio, los resultados obtenidos pueden ser extrapolados con cierta cautela a la población de estudio.

Por otra parte, y como sucede habitualmente en este tipo de estudios (Solberg et al., 1997; Kloppe et al., 2005), los profesionales que han respondido voluntariamente al CAPPAP puede que tengan una actitud más favorable hacia la prevención y promoción que los que no han contestado, por lo que los resultados pueden estar sobreestimados. Aún así, consideramos que se deben acercar bastante a los datos reales.

#### 6.4.3 Escasez de literatura sobre el tema

Debido a la falta escasez de la literatura sobre el tema estudiado, que queda patente por la propia ausencia de instrumentos adecuados para la medición de las actitudes de los profesionales de atención primaria, existe una débil triangulación y comparación de los resultados obtenidos en esta investigación con otros que pudieran existir. Otro hándicap añadido sería la comparación con estudios realizados en sistemas sanitarios diferentes al nuestro, como por ejemplo el contexto de los Estados Unidos, o bien la comparación con resultados provenientes de profesionales que pertenecen a culturas distinta, como pueda ser el entorno anglosajón.

Asimismo, y previsiblemente en relación directa con la escasez de literatura científica y la falta de conocimiento empírico en este área, llama la atención el elevado número de artículos, trabajos e informes de opiniones de expertos que existen alrededor de la misma (Comunidad de Madrid, 2009; Ministerio de Sanidad 2012; Martín Zurro et al., 2011, Salleras et al., 2003) y que han sido utilizados más de lo deseable en nuestro estudio.



## 7. CONCLUSIONES





## 7. CONCLUSIONES

A continuación y a la luz de los hallazgos de nuestro estudio respondemos a la hipótesis planteada.

- En términos generales podemos confirmar que los profesionales de atención primaria tienen una actitud favorable ante las actividades de prevención y promoción de la salud.

- Las variables sociodemográficas y profesionales no muestran importantes diferencias en la actitud de los profesionales, ni en las 5 dimensiones medidas por el CAPPAP. Aún así, nuestros hallazgos confirman que:

1. A mayor edad del profesional, la actitud en la dimensión oportunidades de mejora es más desfavorable.
2. Las mujeres tienen una actitud más favorable en la percepción de la actitud de sus compañeros de centro ante las actividades de prevención y promoción de la salud.
3. Las enfermeras estatutarias tienen una actitud más favorable que los médicos en la dimensión oportunidades, y perciben más necesidad de mejora y más barreras.
4. Los profesionales de centros de salud rurales tienen una actitud más favorable en la percepción de la actitud de sus compañeros ante las actividades de prevención y promoción de la salud.
5. Los profesionales interinos distintos a dispositivos de apoyo perciben menor necesidad de mejora que los estatutarios y los contratados eventuales.
6. A mayor experiencia profesional, la actitud en las dimensiones percepción y oportunidades es más desfavorable. Al desagregar la experiencia profesional en años de atención primaria y en años de atención hospitalaria, no se han encontrado diferencias en las dimensiones según la experiencia en atención primaria. Mientras que los profesionales que más experiencia hospitalaria tienen, perciben menos oportunidades y más necesidad de mejora.
7. Los profesionales que no tienen otras titulaciones presentan una actitud más desfavorable en la dimensión barreras.
8. No se han encontrado diferencias en la actitud ante las actividades de prevención y promoción de salud según la formación de los profesionales en estas áreas en los últimos 5 años.
9. Los profesionales que creen que la formación en actividades de prevención y promoción en su centro es adecuada, perciben de forma más favorable la actitud de sus compañeros.

10. Los profesionales que autodeclaran que no tienen conocimientos perciben una mayor necesidad de mejora que el resto y tienen una actitud más favorable en la dimensión oportunidades.
11. No se han encontrado diferencias entre la actitud de los profesionales y la realización de actividades de prevención y promoción de la salud planificadas en el último año.

## **8. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**





## **8. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA PARA MEJORAR LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD**

Posiblemente, nuestro estudio sea la primera investigación que aporta datos empíricos acerca de las actitudes de enfermeras y médicos de atención primaria en un servicio sanitario público. Pese a las limitaciones que puede tener la investigación, pensamos que los resultados no se alejan mucho de la realidad que pretenden medir.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación nos muestran que la actitud de los profesionales ante las actividades preventivas y de promoción goza de buena salud y tienen unas actitudes favorables ante estas actividades. Esto puede verse favorecido por la alta deseabilidad social que estas áreas tienen para los profesionales. Así, encontramos que perciben este tipo de actividades como muy importantes; perciben la actitud de los profesionales del centro como buena, con profesionales bastante implicados; consideran que no son necesarias grandes mejoras en sus centros para realizar estas actividades y que las barreras que existen no son obstáculos insalvables para llevar a cabo dichas actividades de prevención y de promoción.

Una vez que conocemos que las actitudes en el sistema sanitario público andaluz gozan de buena salud, es necesario plantear una estrategia que permita optimizar la realización de intervenciones preventivas y de promoción. Para ello, debemos pensar en la relación que tienen las actitudes con la conducta y las intervenciones que mejoran la realización de actividades de los profesionales.

Con respecto a la relación entre actitudes y conducta, la literatura existente que ha estudiado dicha relación de una manera más general (Ajzen, 1999, 2002; Fishbein et al., 2011) nos indica que las actitudes son necesarias pero no suficientes para la realización de una conducta. Con respecto a la literatura que lo ha estudiado, en concreto para la prevención y promoción (Godin et al., 2008; Litaker et al., 2005; Solberg et al., 1997), se han encontrado resultados similares. Esto significa que si los profesionales no poseen una buena actitud hacia las actividades preventivas y de promoción, plantear mejoras para la realización de las mismas será más complicado y previsiblemente se obtendrán peores resultados. Así, Litaker et al. (2005) y Solberg et al. (1997), encontraron una asociación débil entre las actitudes de médicos y enfermeras y la realización de actividades preventivas. Nuestro estudio avala esta idea, ya que no existe significación estadística entre la realización de actividades preventivas y de promoción en el último año, con ninguna de las variables de interés estudiadas.

Así mismo, otros autores (Litaker et al., 2005, Ruiz Jiménez et al., 1990) señalan que la investigación en éste área es bastante escasa, aunque coinciden en la idea de la necesidad de que los profesionales posean actitudes positivas, así como que conozcan la eficacia de las distintas intervenciones. Actitudes positivas y conocimiento de la eficacia de las intervenciones por parte de los profesionales son un sustrato necesario para garantizar la realización de actividades preventivas y de promoción.

Ruiz Jiménez et al. (1990) nos habla de la determinación de perfiles profesionales en el diseño de estrategias para la introducción de cambios en las dinámicas de los centros de trabajo. Este trabajo ha permitido establecer 4 perfiles distintos que podrían ayudar a dirigir la planificación de la mejora de este tipo de actividades. No obstante, solo dos de estos perfiles (categoría profesional y ubicación del centro) han mostrado diferencias en las dimensiones del CAPPAP, y con una intensidad débil. Al respecto, debemos tener en cuenta que la realización de una conducta depende de más factores además de la actitud. Solberg et al. (1997) y Briñol et al. (2007), afirman que, aunque no existe una relación causal entre las actitudes y la conducta, esta puede verse influida bajo determinadas circunstancias. Por ejemplo, una falta de motivación como nos muestran Pérula et al. (2007), ha constituido la principal debilidad que ha tenido el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) en su implantación. Por tanto, debemos plantearnos que puede ser más efectiva la puesta en marcha y consolidación de determinadas intervenciones sobre el entorno de los profesionales, y sobre ellos mismos, que eliminen barreras, y que favorezcan la realización de las mismas (Solberg et al., 1997).

Con respecto a la identificación de aquellas intervenciones que mejoran la implicación de los profesionales en las actividades de prevención y promoción, hace tiempo que representa un objeto de interés, incluso conocer cuáles son los resultados en salud obtenidos en los pacientes. Para los servicios preventivos esto no es ajeno (Grimshaw et al., 2001). En este sentido, se ha analizado la eficacia del apoyo sistemático (en la mejora de la competencia en la deshabituación tabáquica) (Anderson et al., 2004), de las auditorías y la retroalimentación (Jamtvedt et al., 2006), de los incentivos económicos (Flodgren et al., 2011), de la formación y las reuniones educativas (Forsetlund et al., 2009), de los recordatorios computarizados (Shojania et al., 2009) y de los cambios en la cultura organizacional (Parmelli et al., 2011).

Sin embargo, la evidencia disponible muestra distintos grados de efectividad para distintas intervenciones (Grimshaw et al., 2001; Jamtvedt et al., 2006; Forsetlund et al., 2009). La mayor parte de las intervenciones son efectivas bajo determinadas circunstancias y se piensa que ninguna es efectiva en todas las circunstancias (Grimshaw et al., 2001; Farmer et al., 2008).

En este sentido, los hallazgos encontrados en nuestro estudio y los que nos aportan la literatura son coherentes con la Teoría de la Conducta Planeada (Ajzen, 1991).

Dicha teoría nos indica que la intención de conducta puede explicarse por tres determinantes socio-cognitivos: actitud, norma subjetiva y el control conductual percibido.

- La actitud se refiere a la evaluación general del comportamiento, y se determina por las creencias de comportamiento (percepciones con respecto a las ventajas y desventajas de la conducta) y percepciones con respecto a las consecuencias de la comportamiento.
- La norma subjetiva se refiere a la percepción social de la aprobación social del comportamiento, y se determina por las expectativas con respecto a si individuos o grupos importantes para el sujeto aprobarían el comportamiento.

Además de la norma subjetiva también existe la norma descriptiva. Ésta puede ser considerada como el comportamiento de los demás en el entorno social. La norma moral es esencial y se entiende como la responsabilidad de los individuos y las obligaciones morales hacia el comportamiento, y determinan a actuar de una manera específica.

- El control percibido sobre la conducta es la confianza que uno mismo tiene en la habilidad para llevar a cabo conductas específicas y está determinado por el control de las creencias, que a su vez están basadas en la percepción de las oportunidades, así como en las barreras percibidas y la disponibilidad de los recursos necesarios.
- Posteriormente Gollwitzer (1993, 1999), nos habla de las intenciones de implementación. Este autor distingue entre intención hacia un objetivo conductual e intención de implementación. Aquí lo vital es la formación de planes respecto al cuándo se va a iniciar la acción deseada.

Por tanto, según esta teoría, para alcanzar cambios reales en la conducta que mejoren las intervenciones clínicas de los profesionales en las áreas preventiva y de promoción, deberíamos contar con profesionales que tengan una actitud positiva, que trabajen en una organización que promueva dichas actividades (para lo que sería necesario realizar cambios en la cultura organizacional), y con compañeros que aprueben la realización de actividades preventivas y de promoción (apoyo sistemático, auditorías y retroalimentación).

A su vez, debemos contar con profesionales que sean capaces de percibir que tienen la suficiente habilidad para realizar dichas intervenciones (formación y reuniones educativas); y que encuentren el menor número de barreras posible (incentivos, recordatorios

computarizados) y la mayor proporción de oportunidades posibles (cambios en la cultura organizacional). Por último, dichos profesionales deben saber exactamente qué es lo que deben hacer y cuándo deben hacerlo (formación y reuniones educativas, auditorías y retroalimentación).

## **PROPUESTA DE ACCIONES PARA LA MEJORA DE LAS ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN**

A continuación se detallan una serie de propuestas para mejorar la realización de actividades preventivas y de promoción en los profesionales de atención primaria. Dichas intervenciones están desglosadas según estén dirigidas a las organizaciones sanitarias o científicas.

### **ORGANIZACIÓN SANITARIA**

- Promover un clima y cultura organizacional que favorezca y fomente una actitud positiva de los profesionales ante la realización de las actividades preventivas y de promoción.
- Adquirir un compromiso firme y decidido de trabajar en estas áreas preventivas y de promoción, dándoles el valor que realmente poseen, estableciendo líneas claras de trabajo y basadas en resultados de investigación.
- Dar un apoyo sistemático a los profesionales.
- Realizar auditorías y retroalimentación para los profesionales. Se propone que los profesionales conozcan la reducción de la morbilidad que han obtenido con la realización de sus actividades preventivas y de promoción. A modo de ejemplo, refiriéndonos a las actividades de vacunación, se trataría de que el profesional conozca la tasa de inmunización que debe tener la población a su cargo, la tasa real que tiene, el riesgo de morbilidad que poseen las personas no vacunadas y la morbilidad que ha evitado con la realización de dichas actividades.
- Incentivar económicamente la realización de este tipo de actividades. Proveer indicadores objetivables, alcanzables, mensurables, individualizados y grupales, que transmitan al profesional la importancia de la realización de este tipo de actividades y que lo motiven.
- Diseñar actividades formativas que sean capaces de asegurar un aprendizaje real de las competencias exigidas en las distintas actividades preventivas y de promoción. Éstas deben contener directrices claras que guíen al profesional en las distintas intervenciones clínicas que debe realizar. Dicha actividad formativa debería ser

específica en prevención y promoción y no tratada como un contenido transversal en actividades formativas de otras áreas.

- Asignar tiempo a la agenda de los profesionales para la realización de este tipo de actividades.
- Garantizar un reciclaje o formación específica antes de que las enfermeras pasen de la atención hospitalaria a la atención primaria. Dicha formación debe contemplar aspectos como la falta de retroalimentación de las actividades realizadas, la atención a los problemas crónicos vs agudos, etc. Debemos pensar que si las enfermeras requirieran de una especialización en atención primaria, no se daría esta situación.
- Evaluar la efectividad que tienen estos cambios en el entorno de los profesionales en la mejora de la realización de actividades de prevención y promoción. Para ello se deben diseñar indicadores objetivos que evalúen la eficacia de dichas intervenciones.

#### ORGANIZACIONES CIENTÍFICAS

- Actualizar las recomendaciones ante actividades preventivas y de promoción a todos sus asociados a través de correo electrónico o publicación impresa.
- Actualizar las recomendaciones ante actividades preventivas y de promoción disponible para cualquier profesional a través de medios como páginas web, redes sociales o cualquier otro que garantice su máxima difusión.
- Realizar recomendaciones dirigidas y adaptadas a población general o a colectivos concretos.



## 9. BIBLIOGRAFÍA





## 9. BIBLIOGRAFÍA

1. Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Predicting Behavior*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
2. Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. doi:10.1016/0749-5978(91)90020-T
3. Ajzen, I. (2002). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior1. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665–683. doi:10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x
4. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Revisión de intervenciones con nuevas tecnologías en el control de las enfermedades crónicas*. Madrid. Recuperado <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=13/12/2012-2cf53e297b>
5. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. (2003). *Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas*. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III.
6. Albarracín, D., Johnson, B.T., Zanna, M.P. y Kumkale, G.T. (2005). Attitudes: Introduction and Scope. En D. Albarracín, B.T. Johnson, y M.P. Zanna (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp.3-20). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
7. Álvarez-Dardet, C., & Ruiz Cantero, M. T. (2011). Assets health model: are possible salutogenic policies? *Revista española de salud pública*, 85(2), 123–7. doi:10.1590/S1135-57272011000200001
8. Agency for Healthcare Research and Quality. (2005). *The guide to clinical preventive services 2010-2011*. Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF).
9. American College of Sports Medicine. Position Stand. Physical activity, physical fitness, and hypertension. (1993). *Medicine and science in sports and exercise*, 25(10), i–x. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8231750>
10. Anastasi, A & Urbina, S. (1998) *Test psicológicos*. México: Prentice Hall.
11. Anderson, P., & Jané-Ilopis, E. (2004). How can we increase the involvement of primary health care in the treatment of tobacco dependence? A meta-analysis, *Addiction* 299–312. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00672.x

12. Aranda Regules, J. M. (2007). Medicina Familiar y Comunitaria y Salud Pública: ¿una oportunidad perdida? *Revista Española de Salud Pública*, 81(1), 1–6. Recuperado [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000100001&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272007000100001&script=sci_arttext)
13. Arredondo A. (1992). Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad. *Cadernos de saúde pública* 8(3): 254-261. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v8n3/v8n3a05.pdf>
14. Artells JJ. (1999). *Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de Atención Primaria en el siglo XXI. Análisis prospectivo "Delphi"*. Cuadernos de Gestión para el Profesional de Atención Primaria; 5 (Supl. 1); pag. 89.
15. Asociación Médica Mundial WMA. (2008). *WMA Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Helsinki. Retrieved from <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/>
16. Bandolier's summary of advice on healthy living. Disponible en web: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/painres/download/10steps.pdf>
17. Bandura A. (1987) *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. New York: Prentice Hall.
18. Barón R & Byrne D. (1998). *Psicología social*. Madrid: Prentice Hall. 8ª ed.
19. Blair, S. N., Goodyear, N. N., Gibbons, L. W., & Cooper, K. H. (1984). Physical fitness and incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 252(4), 487–490.
20. Bolívar, A. (1992). *Los Contenidos Actitudinales en el Currículo de la Reforma*. Madrid: Editorial Escuela Española.
21. Bonal Pitz P, Sánchez Monteseirín H & Suffo Aboza JA. Profesionales de atención familiar y comunitaria: competencias, tareas y relación con otros profesionales de referencia. En: Martín Zurro, A., & Jódar Solá, G. (2011). *Atención familiar y salud comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Elsevier
22. Borrás, E., Domínguez, A., & Salleras, L. (2011). Assessing the effectiveness of vaccination programs. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 25 Suppl 1, 49–55.
23. Braza P. (1999). Las actitudes sociales, en Guillén y Guil (coord.), *Psicología del Trabajo para las Relaciones Laborales*. Madrid: Mc Graw-hill.

24. Breslow, R. A., Ballard-Barbash, R., Muñoz, K., & Graubard, B. I. (2001). Long-term recreational physical activity and breast cancer in the National Health and Nutrition Examination Survey I epidemiologic follow-up study. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*, 10(7), 805–808.
25. Briñol P, Falces C & Becerra A. (2007). *Actitudes*. En: Morales (coord.) *Psicología social*. Madrid: McGrawHill.
26. Brosse, A. L., Sheets, E. S., Lett, H. S., & Blumenthal, J. A. (2002). Exercise and the treatment of clinical depression in adults: recent findings and future directions. *Sports medicine (Auckland, N.Z.)*, 32(12), 741–60. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12238939>
27. Cabrera, G. (1996). *Apuntes de Cátedra, Comportamiento Organizacional*. Universidad Central de Chile. Disponible en: <http://www.uel.br/ccb/psicologia/revista/oclima.htm>
28. Canadian Task Force on Preventive Health Care. Disponible en: <http://canadiantaskforce.ca/>
29. Carretero-Dios H & Pérez C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, (3):521-551.
30. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. (1986) Disponible en <http://www.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
31. Castro Bustamante J. (2002). *Análisis de los componentes actitudinales de los Docentes hacia la enseñanza de la matemática*. Tesis doctoral. Universidad Rovira y Virgili. Tarragona.
32. Chobanian, A. V, Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L., Jones DW., Materson BJ., Oparil S, Wrigth JT & Roccella, E. J. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206–52. doi:10.1161/01.HYP.0000107251.49515.c2
33. Comisión Europea (2003) *Informe sobre el estado de los trabajos de la Comisión Europea en el campo de la nutrición en Europa*. DG Sanidad y Protección de los Consumidores Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
34. Comunidad de Madrid. (2009). *Papel de Enfermería en Atención Primaria*. Madrid. Recuperado <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DPapel+Enfermer%C3%ADa+OK.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220445005584&ssbinary=true>

35. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2010). *Contrato programa Consejería de Salud-Servicio Andaluz de Salud*. Sevilla. Recuperado [http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_6\\_p\\_7\\_contrato\\_programama/Contrato\\_Programa\\_CS\\_SAS\\_2010\\_2013.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_6_p_7_contrato_programama/Contrato_Programa_CS_SAS_2010_2013.pdf)
36. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2007). *Plan Promoción de la Actividad Física y Alimentación Equilibrada 2004-2008*. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/documentos.asp?pagina=actividadfisica>
37. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2005). *Plan integral de tabaquismo en Andalucía 2005-2010*. Sevilla. Recuperado [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c\\_1\\_c\\_6\\_planes\\_estrategias/plan\\_tabaquismo/Plan\\_Integral\\_Tabaco.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_1_c_6_planes_estrategias/plan_tabaquismo/Plan_Integral_Tabaco.pdf)
38. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. (2003). *Procesos Asistenciales Integrados*. Disponible en web: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion\\_General/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/listado\\_procesos?perfil=org](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/listado_procesos?perfil=org)
39. Constitución Española. (1978). Madrid. Recuperado [http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/constitucion\\_ES.pdf](http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/79FF2885-8DFA-4348-8450-04610A9267F0/0/constitucion_ES.pdf)
40. Córdoba R., Cabezas C., Camaralles F., Gómez J. Díaz Herráez D., López A., Marqués F., Muñoz E., Navarro B & Ramirez JI. (2012). Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria*, (44 (supl 1)), 16–22. Retrieved from [http://www.papps.org/upload/file/Grupo\\_Expertos\\_PAPPS\\_1.pdf](http://www.papps.org/upload/file/Grupo_Expertos_PAPPS_1.pdf)
41. Cummings, S.R., Kelsey, J.L., Nevitt, M.C., & O'Dowd, K.J. (1985). Epidemiology of osteoporosis and osteoporotic fractures. *Epidemiologic reviews*, 7, 178–208. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3902494>
42. Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*. Stockholm: Institute for Future Studies.
43. Dever, G. E. A. (1976). An epidemiological model for health policy analysis. *Social Indicators Research*, 2(4), 453–466. doi:10.1007/BF00303847
44. De Geus, E.J., Kluft, C., de Bart, A.C., & van Doornen, L.J. (1992). Effects of exercise training on plasminogen activator inhibitor activity. *Medicine and science in sports and exercise*, 24 (11), 1210–9. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1435172>

45. Diccionario de la Lengua Española. 22ª Edición. Disponible en web: <http://buscon.rae.es/drae/>
46. Diccionario de la lengua castellana (1739), Tomo VI. Madrid.
47. Diccionario de la lengua castellana por la Real Academia Española. (1843) Novena edición, Madrid.
48. Diccionario de la lengua castellana por la Real Academia Española. (1884) Duodécima edición. Madrid.
49. Diccionario de la lengua castellana por la Real Academia Española. (1899) Decimotercera edición. Madrid.
50. Doll, R., Peto, R., Boreham, J., & Sutherland, I. (2004). Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ (Clinical research ed.)*, 328(7455), 1519.
51. Domenech Massons, JM. (2002). *Fundamentos de Diseño y Estadística*. UD 1: Descripción de datos cuantitativos. Barcelona: Signo.
52. Domínguez Aguirre LR., Sánchez Garza JA., & Torres Hernández, Z. (2010). *Modelo de ecuaciones estructurales para las relaciones entre el clima organizacional y la productividad*. *Investigación y Ciencia*, (50), 24–32. Recuperado <http://redalyc.org/resumen.oa?id=67415744005>
53. Eagly, A.H. y Chaiken, S. (1993). *The Psychology of Attitudes*. Fort Worth, TX: Harcourt Brace.
54. Escuredo Rodríguez B & Limón Ramírez E. (2011). Enfoque personal y familiar en atención primaria de salud. En Martín-Zurro A; Jódar Solá G (Ed.), *Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Barcelona: Elsevier.
55. Encuesta Nacional de Salud. (2006). Disponible en web en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/home.htm>
56. Fagard, R. H. (2001). Exercise characteristics and the blood pressure response to dynamic physical training. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(6 Suppl), 484–92; discussion S493–4. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11427774>
57. Farmer, A. P., Legare, F., Turcot, L., Grimshaw, J., Harvey, E., McGowan, J. L., & Wolf, F. (2008). Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (3), CD004398.
58. Fazio, R.H. y Olson, M.A. (2003). Implicit Measures in Social Cognition Research: Their Meaning and Use. *Annual Review of Psychology*, 54, 297-327.

59. Fernández Vargas AM, Bujalance Zafra MJ, Leiva Fernández F, M. C. F., & García Ruiz A, S. de la C. F. (2003). Utilización de servicios, medidas preventivas y educación sanitaria de los pacientes diagnosticados de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en atención primaria (AP). *Medicina de Familia (And)*, 119–123. Recuperado <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n2/05.pdf>
60. Fishbein, M., & Ajzen, I. (2010). *Predicting and changing behavior: The reasoned action approach*. New York: Psychology Press.
61. Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, Chaitman B, Eckel R, Fleg J, Froelicher VF, Leon AS, Piña IL, Rodney R, Simons-Morton DA, Williams MA & Bazzarre T. (2001). Exercise standards for testing and training: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Circulation*, 104(14), 1694–1740.
62. Flodgren, G., Eccles, M. P., Shepperd, S., Scott, A., Parmelli, E., & Beyer, F. R. (2011). An overview of reviews evaluating the effectiveness of financial incentives in changing healthcare professional behaviours and patient outcomes. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (7), CD009255.
63. Forsetlund L, Bjørndal A, Rashidian A, Jamtvedt G, O'Brien MA, Wolf F, Davis D, Odgaard-Jensen J & Oxman AD. (2009). Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (2), CD003030.
64. Frías Osuna, A. (2000). *Enfermería comunitaria*. Barcelona: Masson.
65. Galicia-García, M. D., González-Torga, A., García-González, C., Fuster-Pérez, M., Garrigós-Gordo, I., López-Fresneña, N & Sánchez-Payá, J. (2006). Influenza vaccination in healthcare workers. Why are some vaccinated whereas others are not. *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 24(7), 413–7. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16956528>
66. Gelles R, Levine A. (1996) *Sociología*. México, D.F: McGraw Hill.
67. Gérvas Camacho J., Gavilán Moral E & Jiménez de Gracia L. (2012). No todo es clínica Previsión cuaternaria: es posible (y deseable) una asistencia sanitaria menos dañina. *Actualización en medicina de familia*, 8(6), 312–317. Recuperado [http://www.amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=994](http://www.amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=994)
68. Godin, G., Bélanger-Gravel, A., Eccles, M., & Grimshaw, J. (2008). Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci*, 3(36), 1-12.

69. Going S, Lohman T, Houtkooper L, Metcalfe L, Flint-Wagner H, Blew R, Stanford V, Cussler E, Martin J, Teixeira P, Harris M, Milliken L, Figueroa-Galvez A & Weber J. (2003). Effects of exercise on bone mineral density in calcium-replete postmenopausal women with and without hormone replacement therapy. *Osteoporosis International*, 14(8), 637–643. doi:10.1007/s00198-003-1436-x
70. Gollwitzer, P.M. (1993). *Goal achievement: The role of intentions*. En W. Stroebe, y M. Hewstone (Eds.) *European review of social psychology* (Vol. 4, pp. 141-185). Chichester: Wiley.
71. Gollwitzer, P.M. (1999). Implementation intentions: Strong effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
72. Goncalvez A. (n.d.). *Dimensiones del clima organizacional*. Recuperado [http://cadel2.uvmnet.edu/portalple/asignaturas/comunicacion/tools/cdv/Dimensiones clima.pdf](http://cadel2.uvmnet.edu/portalple/asignaturas/comunicacion/tools/cdv/Dimensiones%20clima.pdf)
73. Grant, A. M., Niyonsenga, T., Dion, I., Delisle, E., Xhignesse, M., & Bernier, R. (1998). Cardiovascular disease. Physician attitudes toward prevention and treatment. *Canadian family physician*, 44, 780–7. Recuperado <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2277830&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
74. Green, L.W., & Kreuter, M.W. (1991). *Health promotion planning: An educational and environmental approach*, 2nd ed. Mountain View, CA: Mayfield
75. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R, Mowatt G, Fraser C, Bero L, Grilli R, Harvey E, Oxman A & O'Brien MA. (2001). Changing provider behavior: An overview of systematic reviews of interventions. *Medical Care*, 39(8 Suppl 2), I12-45.
76. Guideline, T. T. C. P., Dependence 2008 Update Panel Liaisons, & Staff. (2008). A clinical practice guideline for treating tobacco use and dependence: 2008 update. A U.S. Public Health Service report. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(2), 158–176.
77. Haddock, G. y Maio, G. (2004). *Contemporary perspectives on the psychology of attitudes*. Philadelphia: Psychology Press.
78. Hartmann-Boyce, J., Stead, L. F., Cahill, K., & Lancaster, T. (2013). Efficacy of interventions to combat tobacco addiction: Cochrane update of 2012 reviews. *Addiction*. doi:10.1111/add.12291

79. Helmrich, S. P., Ragland, D. R., Leung, R. W., & Paffenbarger, R. S. (1991). Physical activity and reduced occurrence of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *The New England journal of medicine*, 325(3), 147–52. doi:10.1056/NEJM199107183250302
80. Hernández Padilla, M. 2.000. En: Frías Osuna A. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson. Páginas 3-13.
81. Informe Belmont: *Principios y guías éticas para la protección de sujetos humanos en investigación*. (1979). Comisión Nacional para la protección de sujetos humanos en investigación Biomédica y del comportamiento. Estados Unidos.
82. Instituto Nacional de Estadística. (2013) *Encuesta Nacional de Salud 2011-2012*. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t15/p419/a2011/p06/l0/&file=06001.px&type=pca&axis&L=0>
83. Jacobson Vann, J. C., & Szilagyi, P. (2005). Patient reminder and patient recall systems to improve immunization rates. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (3), CD003941. doi:10.1002/14651858.CD003941.pub2
84. Jamtvedt, G., Young, J. M., Kristoffersen, D. T., O'Brien, M. A., & Oxman, A. D. (2006). Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (2), CD000259.
85. Jiménez Sánchez MP. (2003) Motivación y salud. En: Fernández-Abascal *Emoción y Motivación*. Vol II. Madrid: Centro de estudios Ramón Areces López.
86. Jiménez Ruiz, AP, López Fernández, LA, Ramírez, M. C. D., Anaya, P. R., Bravo, M. V., & Regules, J. M. A. (1990). Elaboración y aplicación de dos escalas de actitudes hacia la promoción de la salud en atención primaria. *Revista de sanidad e higiene pública*, 64(7-8), 387–394.
87. Kestin, A. S., Ellis, P. A., Barnard, M. R., Errichetti, A., Rosner, B. A., & Michelson, A. D. (1993). Effect of strenuous exercise on platelet activation state and reactivity. *Circulation*, 88(4 Pt 1), 1502–1511.
88. King, A. C., Taylor, C. B., Haskell, W. L., & DeBusk, R. F. (1989). Influence of regular aerobic exercise on psychological health: a randomized, controlled trial of healthy middle-aged adults. *Health psychology: official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 8(3), 305–24. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2767021>

89. Kloppe, P., Brotons, C., Anton, J. J., Ciurana, R., Iglesias, M., Piñeiro, R., & Fornasini, M. (2005). Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos. *Atención primaria*, 36(3), 144–151.
90. Knoops, K. T., de Groot, L. C., Kromhout, D., Perrin, A. E., Moreiras-Varela, O., Menotti, A., & van Staveren, W. A. (2004). Mediterranean diet, lifestyle factors, and 10-year mortality in elderly European men and women: the HALE project. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 292(12), 1433–1439.
91. Knowler, W. C., Barrett-Connor, E., Fowler, S. E., Hamman, R. F., Lachin, J. M., Walker, E. A. (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England journal of medicine*, 346(6), 393–403.
92. La evidencia de la eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Parte dos. Libro de Evidencia. (2003). Ministerio de Sanidad y Consumo.
93. Lalonde M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*. Canadá.
94. Lancaster, T., & Stead, L. F. (2005). Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (2), CD001292.
95. Lancaster, T., Silagy, C., & Fowler, G. (2000). Training health professionals in smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD000214. doi:10.1002/14651858.CD000214
96. Landis JR, Koch GG. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33 (1) 159-74.
97. Lange I, Urrutia M & Campos C. (2006). *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la Atención Primaria en Salud: La contribución de las instituciones de salud en América Latina*. Organización Panamericana de la Salud.
98. Lee, I. M., Paffenbarger, R. S., & Hsieh, C. (1991). Physical activity and risk of developing colorectal cancer among college alumni. *Journal of the National Cancer Institute*, 83(18), 1324–9. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1886158>
99. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE 101/1986 de 29-04-1986
100. LEY 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. Disponible en web en: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/11/22/pdfs/A41442-41458.pdf>

101. LEY 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Disponible en web en: [http://www.correofarmaceutico.com/documentos/170706Ley\\_Garantias\\_Uso\\_Racional.pdf](http://www.correofarmaceutico.com/documentos/170706Ley_Garantias_Uso_Racional.pdf)
102. Litaker, D., Flocke, S. A., Frolkis, J. P., & Stange, K. C. (2005). Physicians' attitudes and preventive care delivery: insights from the DOPC study. *Preventive medicine*, 40(5), 556–563.
103. López Santos, V, Frías Osuna, A. 2000. Concepto de salud pública. En: Frías Osuna A. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson. Páginas 3-13.
104. Lupiani Giménez M. (2006). *Actitudes del personal sanitario ante la clonación humana*. Tesis Doctoral. Cádiz: Servicio de publicaciones de la Universidad de Cádiz.
105. Manzanera López, R, Segura i Benedito, A & Fernández Díaz, JM. (1998). *La organización de la salud pública: su reforma en las reformas*. Granada: En informe SESPAS. Pp 93-119
106. Marcus, R., Drinkwater, B., Dalsky, G., Dufek, J., Raab, D., Slemenda, C., & Snow-Harter, C. (1992). Osteoporosis and exercise in women. *Medicine and science in sports and exercise*, 24(6 Suppl), S301–7. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1625555>
107. Márquez-Calderón, S; Gosalbes-Soler, V; Maiques, A; Latour, J; Puig-Barberà, J & Arranz, M (1999) Conocimientos y actitudes de los médicos de atención primaria sobre las actividades preventivas: diseño de un cuestionario. *Gaceta sanitaria*; 13:9065.
108. Martín Zurro, A., & Jódar Solá, G. (2011). *Atención familiar y salud comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes*. Barcelona: Elsevier.
109. McAvoy, B. R., Kaner, E. F., Lock, C. A., Heather, N., & Gilvarry, E. (1999). Our Healthier Nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 49(440), 187–190.
110. McDermott, MM., Liu, K., Ferrucci, L., Criqui, MH., Greenland, P., Guralnik, JM., Martin & G. J. (2006). Physical performance in peripheral arterial disease: a slower rate of decline in patients who walk more. *Annals of Internal Medicine*, 144(1), 10–20.
111. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2013). *Vacunas Coberturas de Vacunación*. Recuperado July 24, 2013, from <http://msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/coberturas.htm>
112. Monreal Hijar, A. García Ruiz MT & Forés Catalá MD. (2011). Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Conceptos esenciales. En Martín Zurro-Jódar Solá (Ed.), *Atención*

- familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (pp. 53–69). Barcelona: Elsevier.
113. Morales JF. (1999). *Actitudes*. En Morales JF, Huici C. *Psicología social*
  114. Morales, J.F., Moya, M., Gaviria, E. & Cuadrado, I. (2007). *Psicología social* (3a. ed.). Madrid: Mc Graw-Hill.
  115. Morales Vallejo, P. (2011). *Guía para construir cuestionarios y escalas de actitudes*. Guatemala. Universidad Rafael Landivar. Disponible en: <http://www.upcomillas.es/personal/peter/otrosdocumentos/Guiaparaconstruirescalasdeactitudes.pdf>
  116. Morales Vallejo P, Urosa Sanz B & Blanco Blanco A (2003). *Construcción de escalas de actitudes tipo Likert*. Madrid: La Muralla.
  117. Morris, J. N., Kagan, A., Pattison, D. C., & Gardner, M. J. (1966). Incidence and prediction of ischaemic heart-disease in London busmen. *Lancet*, 2(7463), 553–559.
  118. Nebot M, Cabezas C, Marqués F, Bimbela JL, Robledo T, Megido X, Prados JA & Muñoz E. (2007) Prioridades en promoción de salud en los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi, *Atención primaria* 39(6):285-90
  119. Needle, J., Petchey, R., Benson, J., Scriven, A., Lawrenson J & Katerina Hilari. (2011). *The allied health professions and health promotion: a systematic literature review and narrative synthesis*. Final report. NIHR Service Delivery and Organisation programme. Recuperado [http://openaccess.city.ac.uk/931/1/SDO\\_FR\\_08-1716-205\\_V01.pdf](http://openaccess.city.ac.uk/931/1/SDO_FR_08-1716-205_V01.pdf)
  120. Nunnally, Jum C. (1978) *Psychometric Theory*. 2ª Ed.: Nueva York. McGraw-Hill.
  121. Nutbeam, D. (2005) ¿Cómo sería la Carta de Ottawa si fuera escrita hoy?, *Reviews of Health Promotion and Education Online*. Disponible en web: <http://www.rhpeo.org/reviews/2005/25/index.htm>
  122. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe sobre la Salud en el Mundo*. Disponible en web: [http://www.who.int/whr/2002/en/whr02\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2002/en/whr02_es.pdf)
  123. Organización Mundial de la Salud. (2009). *Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks*. (p. 70). Genova. Suiza. Recuperado [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf)

124. Organización Mundial de la Salud. (1946). *Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Nueva York. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf)
125. Organización Mundial de la Salud. (1998). *Promoción de la Salud. Glosario*. OMS. Ginebra. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/glosario.pdf>
126. OMS-Unicef. (1978). *Declaración de Alma Ata*. Ginebra: OMS. Recuperado <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
127. Oxman, A. D., Thomson, M. A., Davis, D. A., & Haynes, R. B. (1995). No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ: Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 153(10), 1423–1431.
128. Paffenbarger, R., Hyde, R. T., Wing, A. L., & Hsieh, C. C. (1986). Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *The New England journal of medicine*, 314(10), 605–613.
129. Palacios Gálvez MS. (2005). Actitudes. En: Expósito F, Moya M, (coord) *Aplicando la psicología social*. Madrid: Pirámide.
130. Páramo Contreras P. (2004). *Tres enfoques teóricos relacionados con el clima organizacional*. Chía, Cundinamarca. Recuperado <http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/3719/1/132252.pdf>
131. Parmelli, E., Flodgren, G., Schaafsma, M. E., Baillie, N., Beyer, F. R., & Eccles, M. P. (2011). The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (1), CD008315.
132. Payne R, Wall T, Barril C, Carter A. (1999). Strain as a Moderator of the Relationship Between Work Characteristics and Work Attitudes. *Source Journal of Occupational Health Psychology*. 4(1):3-14)
133. Perdomo Victoria, I., Carabaloso Hernández, M., & Durañones Rodríguez, L. (2003). Evaluación de la competencia profesional de los especialistas de higiene y epidemiología. *Educación Médica Superior*, 17(2). Recuperado [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412003000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412003000200004&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

134. Pérula de Torres, L. A., Alonso Arias, S., Bauza Nicolai, K., Estevez, J. C., Iglesias Rodal, M., Martín Carrillo, P., Martín-Rabadan M. & Moran Pi, J. (2007). Opinions of health professionals on the impact of the preventive activities and health promotion program (PAPPS). *Atención Primaria*, 39 Suppl 3, 5-14.
135. Salleras Sanmartí L, Prat Marín A, Garrido Morales P, Domínguez García A. (2003). *Educación sanitaria en el ámbito clínico asistencial*. En: Medicina preventiva y salud pública. Barcelona: Masson. Pp 244-252.
136. Pollock, K. M. (2001). Exercise in treating depression: broadening the psychotherapist's role. *Journal of clinical psychology*, 57(11), 1289–1300.
137. Pollock, M. L., Franklin, B. A., Balady, G. J., Chaitman, B. L., Fleg, J. L., Fletcher, B & Bazzarre, T. (2000). AHA Science Advisory. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease: benefits, rationale, safety, and prescription: An advisory from the Committee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention, Council on Clinical Cardiology, American Heart Association; Position paper endorsed by the American College of Sports Medicine. *Circulation*, 101(7), 828–833.
138. Prat Grau M. (2003) Los contenidos actitudinales: las actitudes, los valores y las normas En: Prat Grau M, Soler Prat S. *Actitudes, valores y normas en la educación física y el deporte*. Barcelona: Inde
139. Procesos asistenciales del Servicio Andaluz de Salud. Disponibles en [http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion General/p 3 p 3 procesos asistenciales integrados/listado procesos?perfil=org](http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion%20General/p3%20procesos%20asistenciales%20integrados/listado%20procesos?perfil=org)
140. Rauramaa, R., Salonen, J. T., Seppänen, K., Salonen, R., Venäläinen, J. M., Ihanainen, M., & Rissanen, V. (1986). Inhibition of platelet aggregability by moderate-intensity physical exercise: a randomized clinical trial in overweight men. *Circulation*, 74(5), 939–44. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3533315>
141. Real decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Disponible en web en: <http://www.boe.es/boe/dias/2006/09/16/pdfs/A32650-32679.pdf>
142. Redondo Escalante, P. (2004). *Prevención de la enfermedad*. Disponible en web: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd20/quinta.pdf>
143. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, Eijk JT, & Assendelft WJ. (2001). Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community

- settings. *The Cochrane database of systematic reviews*, (1), CD001481. doi:10.1002/14651858.CD001481
144. Revilla Ahumada L & Fleitas Cochoy L. (1999) Influencias socioculturales en los cuidados de salud. Enfoque familiar en Atención Primaria. En: *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Madrid: Harcourt. Pag: 99-101
145. Rice, V. H., & Stead, L. F. (2008). Nursing interventions for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (1), CD001188.
146. Rincón Igea, D, Latorre Beltrán, A, Aranal Agustín, D & Sans Martín, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Barcelona: Dykinson.
147. Rosenberg MJ & Hovland CI. (1960). *Cognitive, affective and behavioral components of attitudes*. En C.I. Hovland y M.J. Rosenberg (eds), *Attitude Organization and Change*, New Haven: Yale University Press.
148. Rothemich, S. F., Woolf, S. H., Johnson, R. E., Burgett, A. E., Flores, S. K., Marsland, D. W., & Ahluwalia, J. S. (2008). Effect on cessation counseling of documenting smoking status as a routine vital sign: an ACORN study. *Annals of family medicine*, 6(1), 60–68.
149. Ruiz Jiménez AP, López Fernández, LA, Díaz Ramírez, MC, Rogero Anaya, P, Villalobos Bravo, M & Aranda Regulés, JM. (1990). Elaboración y aplicación de dos escalas de actitudes hacia la promoción de la salud en atención primaria. *Revista de sanidad e higiene pública*, 64(7-8), 387–394.
150. Sánchez-Payá, J., Hernández-García, I., Barrenengoa Sañudo, J., Rolando Martínez, H., Camargo Ángeles, R., & Cartagena Llopis, L. González Hernández, M. (2011). Determinants of influenza vaccination in health staff: 2009-2010 season. *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, 25(1), 29–34. doi:10.1016/j.gaceta.2010.09.018
151. Santos, V & Frías Osuna, A. 2000. Concepto de salud pública. En: Frías Osuna A. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson. Páginas 3-13.
152. Sarría Colomera A, Aibar Remón C & Bolaños Gallardo E. (2007). *Promoción de la salud en la comunidad*. Madrid: UNED. 2ª Ed.
153. Shojania, K. G., Jennings, A., Mayhew, A., Ramsay, C. R., Eccles, M. P., & Grimshaw, J. (2009). The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*, (3), CD001096.

154. Secker-Walker, R. H., Gnich, W., Platt, S., & Lancaster, T. (2002). Community interventions for reducing smoking among adults. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD001745. doi:10.1002/14651858.CD001745
155. Servicio Andaluz de Salud. (2011). *Servicio andaluz de salud. Información básica 2010*. Sevilla. Recuperado [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/463/pdf/SAS\\_MEMO\\_10-8.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/463/pdf/SAS_MEMO_10-8.pdf)
156. Servicio Andaluz de Salud (2005). Resolución 300/05 de 16 mayo de 2005.
157. Sigal, R. J., Kenny, G. P., Wasserman, D. H., & Castaneda-Sceppa, C. (2004). Physical activity/exercise and type 2 diabetes. *Diabetes care*, 27(10), 2518–2539.
158. Slattery, M. L., & Potter, J. D. (2002). Physical activity and colon cancer: confounding or interaction? *Medicine and science in sports and exercise*, 34(6), 913–919.
159. Shojania KG, Jennings A, Mayhew A, Ramsay CR, Eccles MP, Grimshaw J. (2009). The effects of on-screen, point of care computer reminders on processes and outcomes of care. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD001096. doi:10.1002/14651858.CD001096.pub2
160. Solberg, L. I., Brekke, M. L., & Kottke, T. E. (1997). How important are clinician and nurse attitudes to the delivery of clinical preventive services? *The Journal of family practice*, 44(5), 451–461.
161. Sonis A. (1982). *Medicina sanitaria y administración de salud*. Barcelona: el ateneo.
162. Starfield, B., Gervás Camacho, JJ. & Plana Aspachs J. (2001). *Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Masson Barcelona.
163. Starfield, B., Sevilla, F., Aube, D., Bergeron, P., De Maeseneer, J. M., Hjortdahl, P. & Sarría-Santamera, A. (2004). Primary health care and responsibilities of public health in 6 countries of Europe and North America: a pilot study. *Revista española de salud pública*, 78(1), 17–26.
164. Stead, L. F., Buitrago, D., Preciado, N., Sanchez, G., Hartmann-Boyce, J., & Lancaster, T. (2013). Physician advice for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5, CD000165. doi:10.1002/14651858.CD000165.pub4
165. Stead, L. F., & Lancaster, T. (2012a). Behavioural interventions as adjuncts to pharmacotherapy for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 12, CD009670. doi:10.1002/14651858.CD009670.pub2

166. Stead, L. F., Perera, R., Bullen, C., Mant, D., Hartmann-Boyce, J., Cahill, K., & Lancaster, T. (2012b). Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane database of systematic reviews* (Online), 11, CD000146. doi:10.1002/14651858.CD000146.pub4
167. Stead, L. F., & Lancaster, T. (2012c). Combined pharmacotherapy and behavioural interventions for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10, CD008286. doi:10.1002/14651858.CD008286.pub2
168. Stead, L. F., Perera, R., & Lancaster, T. (2006). Telephone counselling for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews*, (3), CD002850. doi:10.1002/14651858.CD002850.pub2
169. Suzuki T, Yamauchi K, Yamada Y, Furumichi T, Furui H, Tsuzuki J, Hayashi H, Sotobata I & Saito H. (1992). Blood coagulability and fibrinolytic activity before and after physical training during the recovery phase of acute myocardial infarction. *Clinical cardiology*, 15(5), 358–64. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1623656>
170. Tamborero Cao G., Vidal Thomas C., March Lull, S. (2011). Centro y equipo de salud. Conceptos y ámbitos de actuación. En: *Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes* (pp. 121–141). Barcelona: Elsevier.
171. Taylor, C. B., Sallis, J. F., & Needle, R. (1985). The relation of physical activity and exercise to mental health. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 100(2), 195–202. Recuperado <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1424736&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
172. Thompson, P. D., Buchner, D., Pina, I. L., Balady, G. J., Williams, M. A., Marcus, B. H., on Physical Activity, M. S. (2003). Exercise and physical activity in the prevention and treatment of atherosclerotic cardiovascular disease: a statement from the Council on Clinical Cardiology (Subcommittee on Exercise, Rehabilitation, and Prevention) and the Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism (Subcommittee on Physical Activity). *Circulation*, 107(24), 3109–3116.
173. Thompson, P. D., Crouse, S. F., Goodpaster, B., Kelley, D., Moyna, N., & Pescatello, L. (2001). The acute versus the chronic response to exercise. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(6 Suppl), S438–45; discussion S452–3. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11427768>
174. Terris M. (1992). *Tendencias actuales de la Salud Pública de las Américas, en “La crisis de la Salud Pública”*. Publicación Científica Nº 540. OPS.

175. Torío Durántez. J, García Tirado. MC. (2000). Causalidad y estrategias de prevención. En: Frías Osuna A. *Salud pública y educación para la salud*. Barcelona: Masson. Páginas 3-13.
176. Tubán Félix RJ. (n.d.). *Medición del clima laboral en las organizaciones*. Recuperado [http://www.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/Medicion del clima laboral.pdf](http://www.educarchile.cl/UserFiles/P0001/File/Medicion%20del%20clima%20laboral.pdf)
177. Tukey, JW. (1977). *Exploratory Data Analysis*. Reading, PA: Addison-Wesley.
178. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. (2000). *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud*. Madrid. Recuperado <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/evidencia.htm>
179. US Preventive Services Task Force. (1992). *Guía de actividades preventivas en la práctica médica*. Madrid: Díaz de Santos
180. US Preventive Services Task Force. *Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet*. 2003. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspstf11/physactivity/physart.htm>
181. US Preventive Services Task Force “*Behavioral Counseling to Promote Physical Activity and a Healthful Diet to Prevent Cardiovascular Disease in Adults: Update of the Evidence for the U.S. preventive Services Task Force*”. 2010. Disponible en: <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf11/physactivity/physart.htm>
182. U.S. Department of Health and Human Services. *Bone Health and Osteoporosis: A Report of the Surgeon General* (2004). Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20945569>
183. U.S. Preventive Services Task Force Screening for obesity in adults (USPSTF): recommendations and rationale. (2003). *Annals of internal medicine*, 139 (11), 930–2. Recuperado <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14644896>
184. Velasco-Rodríguez, V. M., Martínez-Ordaz, V. A., Roiz-Hernández, J., Huazano-García, F., & Nieves-Rentería, A. (2003). *Muestreo y tamaño de muestra. Una guía práctica para personal de salud que realiza investigación*. México: e-libro.net.
185. Vera Cortés ML. (2001). Determinantes de salud. En García Suso A, Vera Cortés ML, Campo Osaba MA. *Enfermería Comunitaria. Bases Teóricas*. Madrid: DAE. Pp 83-127
186. Viladrich MC & Doval E. (2006). *Medición: Fiabilidad y Validez*. Bellaterra: Laboratorio de estadística aplicada y de modelización (UAB).

187. Vuori, I. M. (2001). Dose-response of physical activity and low back pain, osteoarthritis, and osteoporosis. *Medicine and science in sports and exercise*, 33(6 Suppl), S551–86; discussion 609–10.
188. Wannamethee, S.G., Lowe, G.D.O., Whincup, P.H., Rumley, A., Walker, M., & Lennon, L. (2002). Physical activity and hemostatic and inflammatory variables in elderly men. *Circulation*, 105 (15):1785-90. Recuperado <http://discovery.ucl.ac.uk/6663/1/6663.pdf>
189. Weston, C. M., Sciamanna, C. N., & Nash, D. B. (2008). Evaluating online continuing medical education seminars: evidence for improving clinical practices. *American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 23(6), 475–483.
190. Wing, R. R., & Hill, J. O. (2001). Successful weight loss maintenance. *Annual review of nutrition*, 21, 323–41. doi:10.1146/annurev.nutr.21.1.323
191. Yeazel MW, Lindstrom Bremer KM, Center BA. (2006) A validated tool for gaining insight into clinicians' preventive medicine behaviors and beliefs: the preventive medicine attitudes and activities questionnaire (PMAAQ). *Prev Med* 43(2):86-91.

## 10. ANEXOS





## **ANEXO 1. Solicitud de la evaluación de la validez de contenido por expertos e instrucciones para su realización**

Estimado compañero quiero solicitarte una evaluación acerca del documento que estás leyendo, se trata de un cuestionario. El objetivo de mi petición es para una investigación que estamos realizando, en concreto para una evaluación de la fiabilidad y validez referida al cuestionario.

En concreto se pide que **valores la adecuación de cada ítem a la finalidad** del cuestionario: **conocer las actitudes de los profesionales de Atención Primaria ante las actividades de prevención y promoción de la salud**, utilizando para ello la siguiente escala Likert: nada adecuado (1), poco adecuado (2), bastante adecuado (3) y totalmente adecuado (4). Esto se pide para los siguientes ítems **sombreados en blanco**: 1 – 13, 16.1, 16.2, 20-24, 28 y 29.

En concreto se pide que **valores la adecuación de cada ítem a la finalidad** del cuestionario: **percepción del clima organizacional**, utilizando para ello la siguiente escala Likert: nada adecuado (1), poco adecuado (2), bastante adecuado (3) y totalmente adecuado (4). Esto se pide para los siguientes ítems **sombreados en gris**: 14.1, 14.2, 15.1, 15.2, 17.1 17.2, 18.1, 18.2, 19.1, 19.2, 25.1, 25.2, 26.1, 26.2, 27.1, 27.2.

Así mismo nos gustaría que nos indicaras propuestas de mejora en la redacción de aquellos ítems que consideres. Para ello puedes utilizar la tabla que hay en la hoja final.

## CUESTIONARIO:

**1 ¿Cómo de importante consideras...?:** citología de cérvix, mamografía, examen mamario, detección y seguimiento de la hipertensión arterial, detección y seguimiento de la hipercolesterolemia, vacunaciones del calendario vacunal oficial, vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar®), Vacunación antigripal, Consejo sobre el cese del hábito tabáquico, Consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable, Consejo para la realización de actividad física.

**Nota:** los profesionales encuestados deben responder por separado el grado de importancia de cada actividad y contestan con la siguiente escala: nada importante (1), poco importante (2), indiferente (3), bastante importante (4), muy importante (5).

1 nada adecuado

2 poco adecuado

3 bastante adecuado

4 totalmente adecuado

**2 Donde trabajas debe mejorar:** citología de cérvix, mamografía, examen mamario, detección y seguimiento de la hipertensión arterial, detección y seguimiento de la hipercolesterolemia, vacunaciones del calendario vacunal oficial, vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar®), Vacunación antigripal, Consejo sobre el cese del hábito tabáquico, Consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable, Consejo para la realización de actividad física.

**Nota:** los profesionales encuestados deben responder por separado el grado de acuerdo de cada actividad y contestan con la siguiente escala: muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), ni en desacuerdo ni de acuerdo (3), de acuerdo (4), muy de acuerdo (5).

1 nada adecuado

2 poco adecuado

3 bastante adecuado

4 totalmente adecuado

**Nota:** las siguientes preguntas llevan el siguiente encabezado: “Indica tu grado de acuerdo con lo siguiente:” y los profesionales encuestados contestan con la siguiente escala: *muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), ni en desacuerdo ni de acuerdo (3), de acuerdo (4), muy de acuerdo (5).*

	Totalmente adecuado			
	Bastante adecuado			
	Poco adecuado			
	Nada adecuado			
	1	2	3	4
En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de <u>PREVENCIÓN</u> es una parte importante de sus funciones.	1	2	3	4
En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de <u>PROMOCIÓN</u> es una parte importante de sus funciones.	1	2	3	4
Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4
Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4
Los médicos de este centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4
Los médicos de este centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4
Las enfermeras de este centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4
Las enfermeras de este centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4
Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades <u>PREVENTIVAS</u> durante el transcurso normal de nuestras consultas.	1	2	3	4
Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> durante el transcurso normal de nuestras consultas.	1	2	3	4
Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática en la Historia Digital de recordatorios para las actividades <u>PREVENTIVAS</u> que necesita mi paciente.	1	2	3	4
Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática en la Historia Digital de recordatorios para las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> que necesita mi paciente.	1	2	3	4
Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los pacientes para reducir sus factores de riesgo, yo podría hacer mejor mi trabajo.	1	2	3	4

	Totalmente adecuado			
	Bastante adecuado			
	Poco adecuado			
	Nada adecuado			
La mayoría de los pacientes quieren que se les den actividades de <u>PREVENCIÓN</u> .	1	2	3	4
La mayoría de los pacientes quieren que se les den actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4
Deberíamos integrar las acciones <u>PREVENTIVAS</u> de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos.	1	2	3	4
Deberíamos integrar las acciones de <u>PROMOCIÓN</u> de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos.	1	2	3	4
El trabajo en equipo es una buena forma de mejorar las acciones <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4
El trabajo en equipo es una buena forma de mejorar las intervenciones de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4
La dirección de mi área de Atención Primaria está comprometida con la mejora de la calidad de las actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4
La dirección de mi área de Atención Primaria está comprometida con la mejora de la calidad de las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4
El enfoque de las actividades <u>PREVENTIVAS</u> en nuestro centro es suficientemente bueno.	1	2	3	4
El enfoque de las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> en nuestro centro es suficientemente bueno.	1	2	3	4
Mi centro generalmente realiza acciones <u>PREVENTIVAS</u> de buena calidad.	1	2	3	4
Mi centro generalmente realiza acciones de <u>PROMOCIÓN</u> de buena calidad.	1	2	3	4
El Sistema Sanitario Público está interesado en mejorar la calidad de la atención prestada por sus profesionales en actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4
El Sistema Sanitario Público está interesado en mejorar la calidad de la atención prestada por sus profesionales en actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4
El Sistema Sanitario Público se preocupa de mejorar las actividades <u>PREVENTIVAS</u> para sus profesionales.	1	2	3	4
El Sistema Sanitario Público se preocupa de mejorar las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> para sus profesionales.	1	2	3	4
El Sistema Sanitario Público se esfuerza en ayudar a mejorar las actividades <u>PREVENTIVAS</u> para sus profesionales.	1	2	3	4
El Sistema Sanitario Público se esfuerza en ayudar a mejorar las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> para sus profesionales.	1	2	3	4

**Nota:** las siguientes preguntas llevan el siguiente encabezado: "Indica tu grado de acuerdo con lo siguiente:" y los profesionales encuestados contestan con la siguiente escala: muy en desacuerdo (1), en desacuerdo (2), ni en desacuerdo ni de acuerdo (3), de acuerdo (4), muy de acuerdo (5).

**Nota:** las siguientes preguntas llevan el siguiente encabezado: "A continuación te proponemos que valores en qué medida pueden representar un obstáculo para realizar actividades de Prevención y Promoción:" y los profesionales encuestados contestan con la

siguiente escala: *no es un obstáculo (1), pequeño (2), moderado (3), grande (4), muy grande (5).*

	Totalmente adecuado			
	Bastante adecuado			
	Poco adecuado			
	Nada adecuado			
La importancia de las actividades <u>PREVENTIVAS</u> frente a mis otras responsabilidades.	1	2	3	4
La importancia de los actividades de <u>PROMOCIÓN</u> frente a mis otras responsabilidades.	1	2	3	4
21.1 El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo tareas <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4
21.2 El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo tareas de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4
22 La cantidad de tiempo que requieren.	1	2	3	4
23 La carga de trabajo adicional que requieren.	1	2	3	4
24 La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud.	1	2	3	4

	Totalmente adecuado			
	Bastante adecuado			
	Poco adecuado			
	Nada adecuado			
25.1 La forma en la que se prestan actualmente las actividades <u>PREVENTIVAS</u> en tu centro.	1	2	3	4
25.2 La forma en la que se prestan actualmente las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> en tu centro.	1	2	3	4
26.1 Tu centro como lugar para trabajar estas actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4
26.2 Tu centro como lugar para trabajar estas actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4
27.1 Tu rol de trabajo con estas actividades <u>PREVENTIVAS</u> (en tu centro).	1	2	3	4
27.2 Tu rol de trabajo con estas actividades de <u>PROMOCIÓN</u> (en tu centro).	1	2	3	4

28. Valora acerca de las siguientes figuras profesionales (Enfermera/o, Enfermera/o Gestor de Casos, Médico/a, Pediatra, Fisioterapeuta, Trabajador Social), el grado de implicación que crees que actualmente tienen en la realización de actividades de PREVENCIÓN.

**Nota:** los profesionales encuestados deben responder por separado en cada figura profesional. Los profesionales contestan con la siguiente escala: nada implicado (1), poco implicado (2), indiferente (3) algo implicado (4), muy implicado (5).

1 nada adecuado	2 poco adecuado	3 bastante adecuado	4 totalmente adecuado
-----------------	-----------------	---------------------	-----------------------

29. Valora acerca de las siguientes figuras profesionales (Enfermera/o, Enfermera/o Gestor de Casos, Médico/a, Pediatra, Fisioterapeuta, Trabajador Social), el grado de implicación que crees que actualmente tienen en la realización de actividades de PROMOCIÓN.

**Nota:** los profesionales encuestados deben responder por separado en cada figura profesional. Los profesionales contestan con la siguiente escala: nada implicado (1), poco implicado (2), indiferente (3) algo implicado (4), muy implicado (5).

1 nada adecuado	2 poco adecuado	3 bastante adecuado	4 totalmente adecuado
-----------------	-----------------	---------------------	-----------------------

*¡¡ Muchas gracias por tu atención!!*

Si crees necesario redactar algún ítem de otra manera, indícalo en la siguiente tabla:

NÚMERO DE ÍTEM	PROPUESTA DE REDACCIÓN DEL ÍTEM



## ANEXO 2. Cuestionario del pilotaje cuantitativo

**CUESTIONARIO SOBRE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD (P Y PS)**

Este cuestionario sirve para conocer tu opinión acerca de la Prevención y Promoción de Salud (P y PS). No te llevará más de 10-15 minutos el rellenarlo. Es parte de una investigación de la Universidad.

Responde mediante un círculo a las siguientes preguntas y por favor complétalo en su totalidad para poder evaluarlo (si queda una sola respuesta sin contestar el cuestionario será inválido).

Si te confundes en alguna tóchala completamente y vuelve a marcar la correcta.

No debes poner el nombre y no hay respuestas buenas o malas, sólo queremos conocer tu opinión.

**Sexo:**  Hombre  Mujer **Edad:**\_\_\_\_\_ **Año de obtención de la titulación**\_\_\_\_\_

**¿Además tienes otras titulaciones universitarias o un tercer ciclo (Doctorado)?**

No  Si **Escribe cual:**\_\_\_\_\_

**- Provincia donde trabajas:**  Almería  Cádiz  Córdoba  Granada  Huelva  Jaén  Málaga  Sevilla

**- La ubicación de tu Consultorio o Centro de Salud es:**

Rural (menos de 10.000 habitantes)  Urbana (+ de 10.000 habitantes)

**- Tu situación laboral es:**

Estatutario (Propietario)  Dispositivo de Apoyo Interino  Interino (distinto a Dispositivo de Apoyo)  Eventual

**¿Cuántos años llevas en la Zona Básica en la que trabajas actualmente?**\_\_\_\_\_

**- Indica los años que has trabajado (en total) en Atención Primaria:**\_\_\_\_\_

**- Indica los años que has trabajado (en total) en Atención Especializada:**\_\_\_\_\_

**- Categoría profesional:**

- Enfermera/o  
 Médico/a

**¿Has realizado formación en Prevención y Promoción de Salud (P y PS) posterior a tu titulación en los últimos 5 años?**

No  Si

**Si has contestado SI, responde a lo siguiente ¿Cuántas horas?:**\_\_\_\_\_ **¿Alguno ha sido realizado en una Universidad o en una Escuela de Salud Pública?**  No  Si

**Piensas que tu nivel de conocimientos y destrezas en cuanto a P y PS es:**

- No tengo conocimientos.  Poseo los conocimientos pero me faltan destrezas.  
 Poseo los conocimientos y destrezas adecuadas.  Poseo las destrezas pero no los conocimientos.

**¿Crees necesario que se ofrezcan actividades formativas en P y PS?**

Si  No.

**La oferta formativa actual desde tu Distrito en P y PS te parece:**

Nula  Insuficiente  Adecuada  Excesiva

**¿Has realizado intervenciones *planificadas* de P y PS en el último año?**

Si  No.

**Si contestas afirmativamente responde también a lo siguiente:**

- Señala el tipo de intervención/es (puedes señalar más de uno):
  - Educación para la Salud (EpS) grupal  Educación para la Salud (EpS) individual  Intervenciones en prensa, radio o televisión  Otras intervenciones comunitarias: especificar\_\_\_\_\_
  - Screening o cribado: especificar el área/s\_\_\_\_\_
- Señala sobre que colectivo/s lo hiciste (puedes señalar más de uno):
  - Diabéticos  Hipertensos  Ancianos  Jóvenes  Personas obesas  Población general  Niños  Embarazadas  Personas con ansiedad  Colectivos marginales  Tabaquismo  Cuidadoras informales  Otros: señala cual/es\_\_\_\_\_

Para los propósitos de éste cuestionario, las **actividades de prevención se refieren específicamente** a la exploración mamaria, mamografía, citología de cérvix, screening de hipertensión, screening de hipercolesterolemia, cese del hábito tabáquico, vacunaciones del calendario vacunal oficial, vacuna antineumocócica en menores de 2 años y vacuna antigripal; **las de promoción se centran en** el consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable y el consejo para la realización de actividad física.

**Puntúa las siguientes preguntas para cada una de las siguientes actividades de P y PS del 1 al 5, entendiendo que 1 es lo mínimo (nada importante) y 5 lo máximo (muy importante)**

	Nada importante				Muy Importante
<b>1. ¿Cómo de importante consideras las siguientes actividades preventivas y de promoción?:</b>					
1. Citología de cérvix.	1	2	3	4	5
2. Mamografía.	1	2	3	4	5
3. Examen mamario.	1	2	3	4	5
4. Detección y seguimiento de la Hipertensión Arterial.	1	2	3	4	5
5. Detección y seguimiento de la hipercolesterolemia.	1	2	3	4	5
6. Vacunaciones del calendario vacunal oficial.	1	2	3	4	5
7. Vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar®).	1	2	3	4	5
8. Vacunación antigripal.	1	2	3	4	5
9. Consejo sobre el cese del hábito tabáquico.	1	2	3	4	5
10. Consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable.	1	2	3	4	5
11. Consejo para la realización de actividad física.	1	2	3	4	5

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
<b>2. El centro de salud donde trabajas debe mejorar la forma en que realizan estas actividades preventivas y de promoción:</b>					
1. Citología de cérvix.	1	2	3	4	5
2. Mamografía.	1	2	3	4	5
3. Examen mamario.	1	2	3	4	5
4. Detección y seguimiento de la Hipertensión Arterial.	1	2	3	4	5
5. Detección y seguimiento de la hipercolesterolemia.	1	2	3	4	5
6. Vacunaciones del calendario vacunal oficial.	1	2	3	4	5
7. Vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar®).	1	2	3	4	5
8. Vacunación antigripal.	1	2	3	4	5
9. Consejo sobre el cese del hábito tabáquico.	1	2	3	4	5
10. Consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable.	1	2	3	4	5
11. Consejo para la realización de actividad física.	1	2	3	4	5

Indica tu grado de acuerdo con lo siguiente:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
3.3 En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de <u>PREVENCIÓN</u> es una parte importante de sus funciones.	1	2	3	4	5
3.4 En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de <u>PROMOCIÓN</u> es una parte importante de sus funciones.	1	2	3	4	5
4.1 Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4	5
4.2 Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4	5
5.1 Los médicos de este centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4	5
5.2 Los médicos de este centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4	5
6.1 Las enfermeras de este centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4	5
6.2 Las enfermeras de este centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4	5
7.1 Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades <u>PREVENTIVAS</u> durante el transcurso normal de nuestras consultas.	1	2	3	4	5
7.2 Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> durante el transcurso normal de nuestras consultas.	1	2	3	4	5
8.1 Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática en la Historia Digital de recordatorios para las actividades <u>PREVENTIVAS</u> que necesita mi paciente.	1	2	3	4	5
8.2 Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática en la Historia Digital de recordatorios para las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> que necesita mi paciente.	1	2	3	4	5
9 Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los pacientes para reducir sus factores de riesgo, yo podría hacer mejor mi trabajo.	1	2	3	4	5

	Anexo				
	Muy de acuerdo				
	De acuerdo				
	Ni en desacuerdo ni de acuerdo				
	En desacuerdo				
	Muy en desacuerdo				
10.1 La mayoría de los pacientes quieren que se les den actividades de <u>PREVENCIÓN</u> .	1	2	3	4	5
10.2 La mayoría de los pacientes quieren que se les den actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4	5
11.1 Deberíamos integrar las acciones <u>PREVENTIVAS</u> de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos.	1	2	3	4	5
11.2 Deberíamos integrar las acciones de <u>PROMOCIÓN</u> de forma sistemática en la oferta de actividades que realizamos.	1	2	3	4	5
12.1 El trabajo en equipo es una buena forma de mejorar las acciones <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4	5
12.1 El trabajo en equipo es una buena forma de mejorar las intervenciones de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4	5
13.1 La dirección de mi área de Atención Primaria está comprometida con la mejora de la calidad de las actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4	5
13.2 La dirección de mi área de Atención Primaria está comprometida con la mejora de la calidad de las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4	5
14.1 El enfoque de las actividades <u>PREVENTIVAS</u> en nuestro centro es suficientemente bueno.	1	2	3	4	5
14.2 El enfoque de las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> en nuestro centro es suficientemente bueno.	1	2	3	4	5
15.1 Mi centro generalmente realiza acciones <u>PREVENTIVAS</u> de buena calidad.	1	2	3	4	5
15.2 Mi centro generalmente realiza acciones de <u>PROMOCIÓN</u> de buena calidad.	1	2	3	4	5
16.1 El Sistema Sanitario Público está interesado en mejorar la calidad de la atención prestada por sus profesionales en actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4	5
16.2 El Sistema Sanitario Público está interesado en mejorar la calidad de la atención prestada por sus profesionales en actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4	5
17.1 El Sistema Sanitario Público se preocupa de mejorar las actividades <u>PREVENTIVAS</u> para sus profesionales.	1	2	3	4	5
17.2 El Sistema Sanitario Público se preocupa de mejorar las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> para sus profesionales.	1	2	3	4	5
18.1 El Sistema Sanitario Público se esfuerza en ayudar a mejorar las actividades <u>PREVENTIVAS</u> para sus profesionales.	1	2	3	4	5
18.2 El Sistema Sanitario Público se esfuerza en ayudar a mejorar las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> para sus profesionales.	1	2	3	4	5

A continuación te proponemos que valores en qué medida pueden representar un obstáculo para realizar actividades de P y PS:

	No es un obstáculo	Pequeño	Moderado	Grande	Muy grande
19.1 La importancia relativa de las actividades <u>PREVENTIVAS</u> frente a mis otras responsabilidades.	1	2	3	4	5
19.2 La importancia relativa de las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> frente a mis otras responsabilidades.	1	2	3	4	5
20.1 El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo tareas <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4	5
20.2 El apoyo recibido por la dirección del centro para llevar a cabo tareas de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4	5
21 La cantidad de tiempo que requieren.	1	2	3	4	5
22 La carga de trabajo adicional que requieren.	1	2	3	4	5
23 La resistencia del paciente a cambiar sus comportamientos para mejorar su salud.	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Ni insatisfecho ni satisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho
<b>Indica tu grado de satisfacción con:</b>					
24.1 La forma en la que se prestan actualmente las actividades <u>PREVENTIVAS</u> en tu centro.	1	2	3	4	5
24.2 La forma en la que se prestan actualmente las actividades de <u>PROMOCIÓN</u> en tu centro.	1	2	3	4	5
25.1 Tu centro como lugar para trabajar estas actividades <u>PREVENTIVAS</u> .	1	2	3	4	5
25.2 Tu centro como lugar para trabajar estas actividades de <u>PROMOCIÓN</u> .	1	2	3	4	5
26.1 Tu rol de trabajo con estas actividades <u>PREVENTIVAS</u> (en tu centro).	1	2	3	4	5
26.2 Tu rol de trabajo con estas actividades de <u>PROMOCIÓN</u> (en tu centro).	1	2	3	4	5

27 El grado de implicación que actualmente tienen para realizar actividades preventivas las siguientes figuras profesionales es:

	Nada implicado				Muy Implicado
Enfermera/o	1	2	3	4	5
Enfermera/o Gestor de Casos	1	2	3	4	5
Médico/a	1	2	3	4	5
Pediatra	1	2	3	4	5
Fisioterapeuta	1	2	3	4	5
Trabajador Social	1	2	3	4	5

28 El grado de implicación que actualmente tienen para realizar actividades de promoción de salud las siguientes figuras profesionales es:

	Nada implicado				Muy Implicado
Enfermera/o	1	2	3	4	5
Enfermera/o Gestor de Casos	1	2	3	4	5
Médico/a	1	2	3	4	5
Pediatra	1	2	3	4	5
Fisioterapeuta	1	2	3	4	5
Trabajador Social	1	2	3	4	5

*¡¡ Muchas gracias por tu atención!!*

### Anexo 3. Versión definitiva del CAPPAP

#### CUESTIONARIO SOBRE LAS ACTITUDES ANTE LA PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD EN ATENCIÓN PRIMARIA (CAPPAP).

Este cuestionario sirve para conocer tu opinión acerca de la Prevención y Promoción de Salud (P y PS). No te llevará más de 10-15 minutos el rellenarlo. Responde mediante un círculo a las siguientes preguntas y por favor complétalo en su totalidad para poder evaluarlo (si queda una sola respuesta sin contestar el cuestionario será inválido). Si te confundes en alguna táchala completamente y vuelve a marcar la correcta.

No debes poner el nombre y no hay respuestas buenas o malas, sólo queremos conocer tu opinión.



1) ¿Cómo de importante consideras la citología de cérvix?	1	2	3	4	5
2) ¿Cómo de importante consideras la mamografía?	1	2	3	4	5
3) ¿Cómo de importante consideras el examen mamario?	1	2	3	4	5
4) ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de hipertensión arterial?	1	2	3	4	5
5) ¿Cómo de importante consideras la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia?	1	2	3	4	5
6) ¿Cómo de importante consideras las vacunaciones del calendario oficial?	1	2	3	4	5
7) ¿Cómo de importante consideras la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)?	1	2	3	4	5
8) ¿Cómo de importante consideras la vacunación antigripal?	1	2	3	4	5
9) ¿Cómo de importante consideras el dar consejo sobre el cese del hábito tabáquico?	1	2	3	4	5
10) ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable?	1	2	3	4	5
11) ¿Cómo de importante consideras el dar consejo para que se realice actividad física?	1	2	3	4	5

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
12) Donde trabajas debe mejorar la citología de cérvix	1	2	3	4	5
13) Donde trabajas debe mejorar la mamografía	1	2	3	4	5
14) Donde trabajas debe mejorar el examen mamario	1	2	3	4	5
15) Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipertensión arterial	1	2	3	4	5
16) Donde trabajas debe mejorar la detección y seguimiento de la hipercolesterolemia	1	2	3	4	5
17) Donde trabajas debe mejorar las vacunaciones del calendario vacunal oficial	1	2	3	4	5
18) Donde trabajas debe mejorar la vacunación antineumocócica en menores de 2 años (Prevenar)	1	2	3	4	5
19) Donde trabajas debe mejorar la vacunación antigripal	1	2	3	4	5
20) Donde trabajas debe mejorar el consejo sobre el cese del hábito tabáquico	1	2	3	4	5
21) Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se lleve a cabo una alimentación saludable	1	2	3	4	5
22) Donde trabajas debe mejorar el consejo para que se realice actividad física	1	2	3	4	5

Indica tu grado de acuerdo con lo siguiente:

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en desacuerdo ni de acuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
23) En mi centro, la mayoría de mis compañeros de profesión creen que el realizar actividades de prevención y de promoción es una parte importante de sus funciones	1	2	3	4	5
24) Estoy dispuesto a colaborar en la provisión de actividades preventivas y de promoción	1	2	3	4	5
25) Los médicos de éste centro estarían dispuestos a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	1	2	3	4	5
26) Las enfermeras de éste centro estarían dispuestas a colaborar en la mejora de las actividades preventivas y de promoción	1	2	3	4	5
27) Sería necesario poner en marcha alguna solución para mejorar las actividades preventivas y de promoción durante el transcurso normal de nuestras consultas	1	2	3	4	5
28) Yo podría hacer mejor mi trabajo si hubiera una forma sistemática, en la Historia Digital, de recordatorios para las actividades preventivas y de promoción que necesita mi paciente	1	2	3	4	5
29) Si hubiera una forma sistemática para dar apoyo y seguimiento a los	1	2	3	4	5





## ANEXO 4. Evidencias de la participación de los encuestados en los beneficios

**Antonio**

De: "Atención Primaria" <atenprimaria@elsevier.com>  
 Fecha: lunes, 03 de junio de 2013 12:06  
 Para: <antonio\_r35@hotmail.com>; <antoniojesura@gmail.com>  
 Asunto: APRIM-D-12-00244R5: Decisión editorial / Editorial decision  
 Estimado/a Dr. Ramos-Morcillo:

Nos complace comunicarle que su manuscrito "Diseño y validación de un cuestionario sobre las actitudes ante la prevención y promoción de la salud en Atención Primaria." (Ref. APRIM-D-12-00244R5) ha sido aceptado para su publicación en Atención Primaria.

Posteriormente a esta notificación, recibirá por correo electrónico la factura proforma correspondiente para poder proceder al pago de su artículo a través de transferencia bancaria (300 ? si su artículo es una "Carta al Director" y 500 ? si su artículo pertenece a cualquier otra sección de la revista).

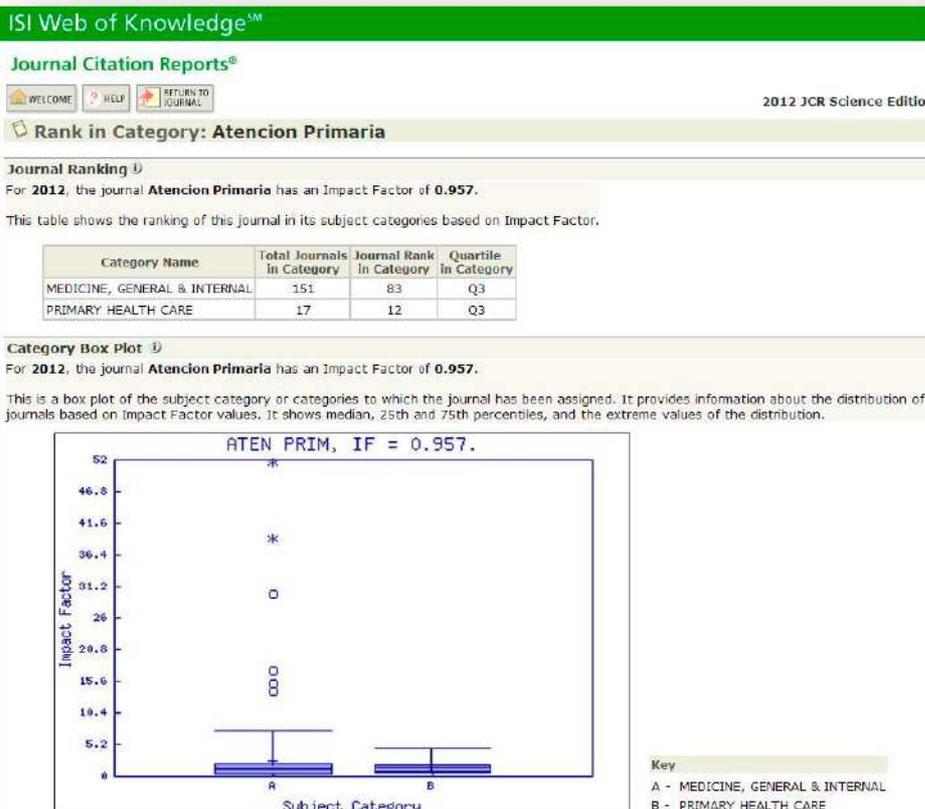
Una vez hayamos recibido el justificante bancario de su transferencia (o una copia escaneada de esta) por correo electrónico ([pedidos@elsevier.com](mailto:pedidos@elsevier.com)) o por fax (93.241.90.29), iniciaremos el proceso de publicación de su artículo.

Con la finalidad de darle visibilidad en las plataformas de Elsevier (ScienceDirect, Scopus, etc.) y asignarlo a un sumario a la mayor brevedad posible, le agradeceríamos que el justificante de pago nos lo remitiera en un plazo máximo de 15 días naturales.

Recuerde que en su momento le remitiremos las pruebas de autor en formato pdf a esta misma dirección electrónica para su revisión.

Muchas gracias por remitir su artículo a Atención Primaria.

Reciba un cordial saludo,  
 Comité de Atención Primaria







2013

