

# Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos

P. Kloppe<sup>a</sup>, C. Brotons<sup>b</sup>, J.J. Anton<sup>c</sup>, R. Ciurana<sup>d</sup>, M. Iglesias<sup>e</sup>, R. Piñeiro<sup>f</sup> y M. Fornasini<sup>g</sup>,  
por el EUROPREV\*

**Objetivo.** Describir y comparar los conocimientos y las actitudes de los médicos de familia (MF) europeos con los de los MF españoles en la implantación de actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria, describir las barreras para su implementación y evaluar la relación entre los estilos de vida propios de los MF y su influencia en las actividades realizadas en sus pacientes.

**Diseño.** Estudio postal multinacional a través de un cuestionario durante los meses de junio de 2000 a mayo de 2001.

**Emplazamiento.** Muestra de MF a partir de las bases de datos de las sociedades científicas de cada país europeo participante.

**Participantes.** En total participaron 2.082 MF de 11 países europeos. En España, el número total de MF participantes fue de 270.

**Resultados.** Los MF españoles realizaban en un porcentaje superior la mayoría de las actividades de prevención y de promoción de la salud, y realizaban menos aquellas actividades de prevención de escasa o dudosa evidencia científica con respecto al conjunto de MF europeos. El conjunto de MF del estudio consideraba que la excesiva carga de trabajo/escaso tiempo era la primera barrera para el desarrollo de las actividades de prevención y promoción de la salud. Los MF fumadores del conjunto europeo se sienten menos efectivos para ayudar a sus pacientes a reducir o abandonar el consumo de tabaco con respecto a los MF no fumadores (el 39,34 frente al 48,18%;  $p < 0,01$ ). Los MF europeos que realizan ejercicio se sienten más eficaces para ayudar a sus pacientes a practicar ejercicio regularmente que los MF sedentarios (el 59,14 frente al 49,70%;  $p < 0,01$ ). No se observaron diferencias significativas al respecto en los MF españoles.

**Conclusiones.** Globalmente existe aún un vacío en los conocimientos y las actitudes de los MF con relación a las recomendaciones sobre prevención y promoción de la salud. Los MF españoles realizan en mayor porcentaje las actividades de prevención y promoción de la salud por grupos de edad y sexo de mayor evidencia científica.

**Palabras clave:** Actitudes. Prevención. Promoción de la salud. Práctica clínica. Atención primaria.

## PREVENTIVE CARE AND HEALTH PROMOTION IN PRIMARY CARE: COMPARISON BETWEEN THE VIEWS OF SPANISH AND EUROPEAN DOCTORS

**Objective.** Disease prevention and health promotion are important tasks in the daily practice of all general practitioners (GPs). The objective of this study was to explore the knowledge and attitudes of European and Spanish GPs in implementing evidence-based health promotion and disease prevention recommendations in primary care, to describe GPs' perceived barriers to implementing these recommendations, and to assess how GPs' own health behaviors affect their work with their patients.

**Design.** A postal multinational survey was carried out from June 2000 to May 2001.

**Setting.** A random sample of GPs listed from national colleges of each country.

**Participants.** A total of 2082 GPs from 11 European countries participated in the survey. In Spain a total of 270 GPs participated.

**Results.** Spanish GPs carried out more frequently most of the health promotion or disease prevention activities than the European GPs. Spanish GPs carried out less often those no evidence-based activities. The most important barrier reported was heavy workload/lack of time. Associations between personal health behaviour and attitudes to health promotion or activities in prevention were found. GPs who smoked felt less effective in helping patients to reduce tobacco consumption than non-smoking GPs (39.34% vs 48.18%;  $P < .01$ ). GPs who exercised felt that they were more effective in helping patients to practice regular physical exercise than sedentary GPs (59.14% vs 49.70%;  $P < .01$ ). No differences were observed for Spanish GPs.

**Conclusions.** Significant gaps between GP's knowledge and practices persist in the use of evidence-based recommendations for health promotion and disease prevention in primary care. Spanish GPs carried out more frequently evidence-base recommendations for health promotion and disease prevention by age and sex.

**Key words:** Attitudes. Prevention. Health promotion. Clinical practice. Primary care.

<sup>a</sup>Centro de Salud Las Calesas. Madrid. España.

<sup>b</sup>EAP Sardenya. Barcelona. España.

<sup>c</sup>CAP Manso. Barcelona. España.

<sup>d</sup>CAP La Mina. Sant Adrià del Besós. Barcelona. España.

<sup>e</sup>EAP El Carmel. Barcelona. España.

<sup>f</sup>Centro de Salud Cangas de Morrazo. Pontevedra. España.

<sup>g</sup>Universidad de San Francisco. Quito. Ecuador.

Correspondencia: Carlos Brotons. EAP Sardenya. Unidad de Investigación. Sardenya, 466. 08025 Barcelona. España.  
Correo electrónico: cbrotons@eapsardenya.net

Manuscrito recibido el 6 de julio de 2004.

Manuscrito aceptado para su publicación el 25 de octubre de 2004.

\*EUROPREV (The European Network for Prevention and Health Promotion in General Practice/Family Medicine; www.europrev.org) es una organización dentro de WONCA Región Europea—The European Society of General Practice/Family Medicine.

## Introducción

La prevención y la promoción de la salud son tareas importantes del médico de familia (MF) en su práctica diaria. De hecho, una definición reciente de atención primaria (*general practice*) resalta el papel del MF en la prevención al comentar explícitamente que el MF interactúa con sujetos autónomos en diferentes aspectos (prevención, diagnóstico, curación y paliación) utilizando e integrando las ciencias de la biomedicina, psicología y sociología médicas<sup>1</sup>. Se ha visto que dos tercios de la población visita a su MF una o más veces cada año y que el 90% lo hace al menos una vez cada 5 años<sup>2</sup>. Es por este motivo que los MF están en una situación óptima para ofrecer de una manera oportunista, y dependiendo de la edad y el sexo, actividades preventivas y de promoción de la salud a todos aquellos pacientes que acuden a la consulta por cualquier otro motivo. Sin embargo, las diferencias en la estructura y organización de la atención primaria en los países de Europa se asocian a grandes variaciones en el grado de involucración de los MF en actividades preventivas<sup>3</sup>. La Canadian Task Force on the Periodic Health Examination<sup>4</sup> y la US Preventive Services Task Force<sup>5</sup>, que probablemente representan las guías sobre prevención más completas y actualizadas, recomiendan muy pocas actividades de cribado, pocas pruebas de laboratorio y muchas actividades de consejo. Sin embargo, estudios llevados a cabo en Estados Unidos muestran cómo el MF realiza muchas actividades preventivas de cribado tanto en el examen físico como en lo que se refiere a pruebas de laboratorio de efectividad incierta<sup>6</sup>. Además, un estudio más reciente ha demostrado que a menos de la mitad de los norteamericanos se les ofrecen las actividades preventivas que han demostrado ser realmente efectivas<sup>7</sup>. Estudios llevados a cabo en nuestro medio han mostrado que existe un desigual nivel de implantación de las actividades preventivas dependiendo del tipo de actividad y de la población diana<sup>8</sup>.

Los estudios previos sobre el papel del MF en la prevención y promoción de la salud se han centrado en las actitudes en promoción de la salud y en el consejo sobre hábitos de estilo de vida<sup>9</sup>, así como en la percepción de los médicos sobre cómo modificar los hábitos<sup>10</sup>.

El objetivo de este estudio es evaluar los conocimientos y actitudes de los MF europeos y españoles en la implantación de actividades preventivas y de promoción de la salud en atención primaria, describir las barreras para la implantación de esas recomendaciones y evaluar la relación entre los estilos de vida propios de los médicos y su influencia en las actividades realizadas en los pacientes.

## Métodos

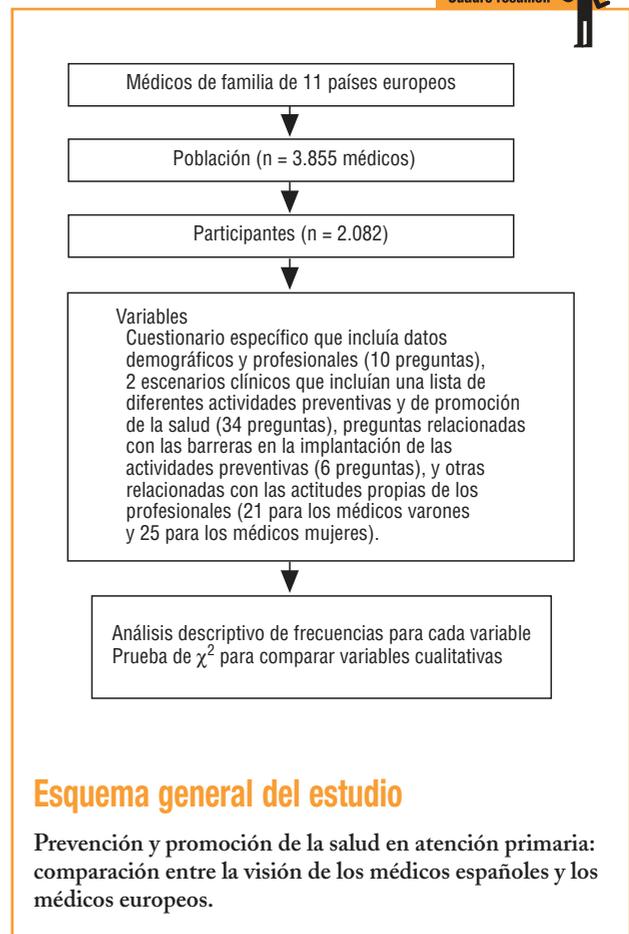
### Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal mediante correo postal con sobres de respuesta con franqueo a destino.

Se elaboró un cuestionario específico que incluía las siguientes partes: la primera con datos demográficos y profesionales (10 preguntas), la segunda con 2 escenarios clínicos que incluían una lista de diferentes actividades preventivas y de promoción de la salud, con sendas columnas para las respuestas sobre conocimientos y actitudes en la práctica (34 preguntas), una tercera parte con preguntas relacionadas con las barreras en la implantación de las actividades preventivas (6 preguntas), y una última parte que incluía preguntas relacionadas con las actitudes propias de los profesionales (21 para los médicos varones y 25 para las médicas mujeres).

El cuestionario se tradujo y adaptó del inglés a todos los otros idiomas de los diferentes países participantes (excepto en Malta, donde el inglés también es lengua oficial), y se hizo una prueba piloto para valorar la comprensibilidad en 10 MF de cada país. Se seleccionó una muestra aleatoria de MF a partir de las bases de datos de las diferentes sociedades científicas de cada país. Los resultados globales de este estudio, y resultados específicamente relacionados con el consejo a los pacientes con sobrepeso y con

Material y métodos  
Cuadro resumen



### Esquema general del estudio

Prevención y promoción de la salud en atención primaria: comparación entre la visión de los médicos españoles y los médicos europeos.

una vida sedentaria, se han publicado previamente como parte de otro proyecto<sup>11,12</sup>.

*Tamaño muestral*

Suponiendo una proporción estimada real de 0,5 (estimación más conservadora), una diferencia máxima aceptable de 0,05 y un error alfa de 0,05, se calculó la muestra necesaria por país teniendo en cuenta el número total de socios de cada una de las sociedades científicas, excepto para el caso de Grecia, donde los médicos se seleccionaron a partir del listado de médicos registrados en la revista nacional griega de atención primaria.

Asumiendo una tasa mínima de participación del 50%, el tamaño muestral se incrementó para compensar las posibles pérdidas. Esto se hizo multiplicando la muestra por 1/(1-d), donde d representa las pérdidas previstas.

En el caso de Malta el cuestionario se envió a todos los MF dado el pequeño número de MF registrados en el país. El cuestionario se envió a todos los médicos entre junio de 2000 y mayo de 2001. A aquellos que no respondieron a la primera carta se les envió una segunda, y si no respondían a ésta se les hacía una llamada telefónica.

*Análisis estadístico*

Todos los cuestionarios se enviaron al centro coordinador (secretaría EUROPREV, semFYC, Barcelona), asegurando así un registro informático y análisis centralizado. Se calcularon las medias y desviación estándar para las variables continuas, y los porcentajes para las variables categóricas. Las comparaciones univariantes entre variables categóricas se realizaron mediante la prueba de la  $\chi^2$ , con un nivel de significación de 0,05. Todos los análisis se realizaron con el programa STATA (versión 5.0).

**Resultados**

Participaron en este estudio 11 países europeos (Croacia, Estonia, Georgia, Grecia, Irlanda, Malta, Polonia, Eslovaquia, Eslovenia, España y Suecia), con un total de 2.082 MF. La edad media ( $\pm$  desviación estándar) de los MF fue de 44  $\pm$  9,5 años (rango: 23-84), y un 60% eran mujeres. En la tabla 1 se recogen las características demográficas de la muestra de cada uno de los países participantes. La tasa media de respuesta fue del 54%, oscilando entre el 50% de Malta y el 65% de Croacia. Las características de los profesionales participantes se muestran en la tabla 2.

En la segunda parte del cuestionario se plantean 2 escenarios clínicos: 2 pacientes, un varón de 52 años en el primero y una mujer de 57 años en el segundo, acuden a visitarse por primera vez por un problema trivial, y ninguno de los dos tiene antecedentes patológicos de interés. Se pedía a los MF que señalaran las actividades preventivas y de promoción de la salud que ellos creían que deberían hacerse y, al mismo tiempo, en otra columna debían indicar las actividades que ellos realmente hacían en la práctica. En las tablas 3 y 4 se muestran los resultados de ambos escenarios clínicos y se comparan los datos de los MF españoles con todos los MF europeos (que incluyen también a los españoles). En la tabla 5 se muestra la comparación entre los médicos españoles y el conjunto de MF respecto a la

**TABLA 1** Características demográficas de la muestra de médicos de familia de cada uno de los países participantes

	N	Edad media $\pm$ DE	Mujeres (%)
Croacia	201	42,65 $\pm$ 7,57	80,60
Estonia	156	42,60 $\pm$ 7,90	94,87
Georgia	217	44,80 $\pm$ 9,29	91,71
Grecia	32	43,47 $\pm$ 7,58	28,13
Irlanda	220	46,37 $\pm$ 10,05	35,91
Malta	156	44,71 $\pm$ 12,53	25,64
Polonia	314	41,82 $\pm$ 7,42	69,43
Eslovaquia	165	46,44 $\pm$ 9,81	47,88
Eslovenia	55	46,59 $\pm$ 6,43	56,36
España	270	35,62 $\pm$ 6,28	58,15
Suecia	296	51,43 $\pm$ 7,04	43,46

N: tamaño muestral; DE: desviación estándar.

**TABLA 2** Características profesionales de los médicos participantes (n = 2.082)

	N	%	IC del 95%
<b>Trabaja en</b>			
Área urbana	1.112	53,41	51,3-55,5
Área rural	419	20,12	18,5-21,9
Ambas	512	24,59	22,8-26,5
Otras	39	1,87	1,4-2,6
<b>Práctica clínica</b>			
Centro de salud	960	46,1	44,0-48,3
Individual	501	24,06	22,3-25,9
Hospital	50	2,40	1,8-3,2
Otros	495	23,77	22,0-17,0
<b>Titularidad del centro de trabajo</b>			
Pública	1.189	57,11	55,0-59,2
Privada	572	27,47	25,6-29,4
Otros	321	15,42	13,9-17,0
<b>Docencia de posgrado</b>			
Sí	997	47,89	45,7-50,0
No	1.085	52,11	50,0-54,3

IC: intervalo de confianza.

percepción que tienen sobre las barreras en la implantación de las actividades preventivas. Los resultados comparativos entre los médicos españoles y el conjunto de MF respecto a los propios hábitos y actitudes se recogen en la tabla 6.

*Análisis univariante*

Globalmente, los médicos que se han determinado el colesterol al menos una vez en los últimos 5 años miden más frecuentemente el colesterol a sus pacientes, tanto para el

**TABLA 3**

	Total (n = 2.082)		España (n = 270)	
	¿Debería hacerse?	¿Lo hago?	¿Debería hacerse?	¿Lo hago?
Determinación del colesterol	63,06 (61,0-65,1)	58,84 (56,7-60,9)	95,93 (92,9-97,7)	91,48 (87,5-94,3)
Determinación de la presión arterial	91,07 (89,8-92,2)	83,53 (81,9-85,1)	99,26 (97,3-99,8)	95,93 (92,9-97,7)
Determinación de glucosa	65,90 (63,8-67,9)	60,18 (58,1-62,3)	88,15 (83,7-91,5)	85,93 (81,3-89,6)
Cribado de cáncer de colon <sup>a</sup>	25,12 (23,3-27,0)	18,97 (17,3-20,7)	11,11 (7,1-13,9)	9,63 (6,7-13,7)
Cribado de cáncer de próstata <sup>b</sup>	48,66 (46,5-50,8)	41,93 (39,8-44,1)	41,48 (35,8-47,4)	36,67 (31,1-42,6)
Cribado de cáncer de pulmón <sup>c</sup>	45,73 (43,6-47,9)	40,78 (38,7-42,9)	3,70 (2,0-6,7)	7,78 (5,1-11,6)
Vacuna contra el tétanos	40,68 (38,6-42,8)	34,44 (32,4-36,5)	90,74 (86,7-93,6)	77,78 (72,4-82,3)
Consejo a fumadores para dejar de fumar	96,69 (95,8-97,4)	71,33 (69,3-73,2)	98,52 (96,3-99,4)	81,85 (76,8-86,0)
Consejo a bebedores para reducir el consumo de alcohol	87,42 (85,9-88,8)	63,78 (61,7-65,8)	97,04 (94,3-98,5)	86,30 (81,7-89,9)
Estimar el IMC	63,64 (61,6-65,7)	41,59 (39,5-43,7)	91,48 (92,9-97,7)	66,30 (60,5-71,7)
Consejo a pacientes con sobrepeso	85,78 (84,2-87,2)	62,44 (60,3-64,5)	95,93 (92,9-97,7)	77,41 (72,1-82,0)
Consejo a pacientes sedentarios	83,86 (82,2-85,4)	57,25 (55,1-59,4)	93,70 (90,1-96,0)	72,59 (67,0-77,6)

Entre paréntesis se indica el intervalo de confianza del 95%.

IMC: índice de masa corporal; n: tamaño de la muestra.

<sup>a</sup>Ya sea con sangre oculta en heces o sigmoidoscopia. <sup>b</sup>Ya sea mediante el antígeno prostático específico o tacto rectal. <sup>c</sup>Mediante radiografía de tórax.

primer como para el segundo escenarios (el 64,54 frente al 42,07%, y el 61,64 frente al 42,95%;  $p < 0,01$ , respectivamente). Para los médicos españoles también se observan diferencias estadísticamente significativas en los 2 escenarios clínicos (el 92,92 frente al 79,31%, y el 91,74 frente al 8,26%;  $p < 0,01$ , respectivamente). Los médicos que se han medido la presión arterial al menos una vez en los últimos 5 años también miden más frecuentemente la presión arterial a sus pacientes, tanto para el primer como para el segundo escenario clínicos (el 85,31 frente al 68,18%, y el 78,43 frente al 57,95%;  $p < 0,01$ , respectivamente). No se observan diferencias significativas al respecto para los médicos españoles.

Los médicos fumadores se consideran menos efectivos para ayudar a sus pacientes a dejar de fumar cuando se comparan con los médicos no fumadores (el 39,34 frente al 48,18%;  $p < 0,01$ ). No se observan diferencias significativas al respecto para los médicos españoles.

Los médicos que se consideran sedentarios aconsejan menos a menudo a sus pacientes realizar ejercicio físico de una manera regular que los médicos que no son sedentarios, tanto para el primer como para el segundo escenarios clínicos (el 54,64 frente al 59,82%, y el 53,61 frente al 56,00%;  $p = 0,034$ , respectivamente). No se observan diferencias estadísticamente significativas al respecto para los médicos españoles.

Asimismo, los médicos que practican ejercicio físico se sienten más efectivos para aconsejar a sus pacientes que practiquen ejercicio físico que los médicos que no lo practican (el 59,14 frente al 49,70%;  $p < 0,01$ ), sin observarse diferencias para los médicos españoles.

Los MF vacunados contra el tétanos aconsejan dicha vacunación más a menudo que los médicos no vacunados, tanto para el primer escenario clínico (el 37,39 frente al 22,88%;  $p < 0,01$ ) como para el segundo (el 38,42 frente al 24,29%;  $p < 0,01$ ), sin observarse diferencias para los médicos

**TABLA 4** Porcentajes de respuestas afirmativas al segundo escenario clínico (comparación entre Europa y España)

	Total (n = 2.082)		España (n = 270)	
	¿Debería hacerse?	¿Lo hago?	¿Debería hacerse?	¿Lo hago?
Determinación del colesterol	64,70 (62,6-66,7)	56,87 (54,7-59,0)	92,96 (89,3-95,4)	90,00 (85,8-93,0)
Medición de la presión arterial	84,53 (82,9-86,0)	76,46 (74,6-78,2)	98,15 (95,7-99,2)	94,07 (90,6-96,3)
Determinación de la glucosa	77,67 (75,8-79,4)	67,72 (65,7-69,7)	88,52 (84,2-91,8)	88,15 (83,7-91,5)
Cribado del cáncer de colon <sup>a</sup>	25,38 (21,7-25,4)	15,99 (14,5-17,6)	10,98 (7,3-14,6)	8,89 (6,0-12,9)
Cribado del cáncer de mama <sup>b</sup>	78,19 (76,4-79,9)	68,25 (66,2-70,2)	96,30 (93,3-98,0)	89,63 (85,4-92,7)
Cribado del cáncer de cérvix	64,55 (62,5-66,6)	49,47 (47,3-51,6)	89,63 (85,4-92,7)	75,93 (70,5-80,6)
Vacuna contra el tétanos	44,00 (41,9-46,1)	35,54 (33,5-37,6)	91,48 (87,5-94,3)	80,00 (74,8-84,3)
Consejo a fumadores para dejar de fumar	86,26 (84,7-87,7)	61,05 (58,9-63,1)	97,04 (94,3-98,5)	78,15 (72,8-82,7)
Consejo a bebedores para reducir el consumo de alcohol	82,08 (80,4-83,7)	56,77 (54,6-58,9)	95,56 (92,4-97,4)	75,19 (69,7-80,0)
Estimación del IMC	64,70 (62,6-66,7)	42,75 (40,6-44,9)	91,85 (88,0-94,6)	65,56 (66,6-77,1)
Consejo a los pacientes con sobrepeso	84,58 (83,0-86,1)	59,46 (57,3-61,6)	96,67 (93,8-98,2)	74,81 (69,3-79,6)
Consejo a los pacientes sedentarios	80,45 (78,7-82,1)	54,37 (52,2-56,5)	94,07 (90,6-96,3)	70,74 (65,1-75,8)

Entre paréntesis se indica el intervalo de confianza del 95%.

IMC: índice de masa corporal; n: tamaño de la muestra.

<sup>a</sup>Ya sea con sangre oculta en heces o sigmoidoscopia. <sup>b</sup>Ya sea mediante mamografía o examen clínico.

cos españoles. No se observan diferencias entre realizar mamografías para el cribado de cáncer de mama entre las mujeres médicos que se han hecho o no mamografías. Las mujeres médicos que se han practicado una citología de cérvix realizan más citologías a sus pacientes que las mujeres médicos que no se la han hecho (el 54,81 frente al 45,50%; p = 0,016); las diferencias en España no son tan acentuadas (el 85,83 frente al 72,73%; p = 0,076).

## Discusión

Redes europeas como EUROPREV permiten compartir información útil a través de las diferentes sociedades científicas no sólo para comparar diferentes modelos de servicios sanitarios, sino también para comparar guías de práctica clínica, como pueden ser las guías de prevención y de promoción de la salud. Esta red también permite llevar a

cabo proyectos de investigación específicos, como el presente estudio, realizado en más de 2.000 médicos europeos. Aunque en nuestro estudio han participado sociedades científicas de medicina familiar de 11 países europeos, los resultados no representan a todos los países de Europa, y sería interesante en un futuro obtener o compartir información sobre los conocimientos y actitudes en prevención y promoción de la salud de otros países europeos. Como suele ocurrir con este tipo de estudios, los médicos que respondieron puede que tuvieran una actitud más favorable hacia la prevención y promoción de la salud que los que no contestaron, por lo que los resultados podrían tener un sesgo de tal manera que estuvieran sobrestimados. No se valoró la existencia de diferencias entre los que respondieron y los que no lo hicieron, ya que no se disponía de información de los últimos.

Globalmente, las respuestas ante los 2 escenarios clínicos mostraron que mientras que los MF creen que deberían

**TABLA 5**

	Total (n = 2.082)	España (n = 270)
Carga de trabajo y falta de tiempo	67,69% (64,5-68,5)	94,05% (90,1-96,0)
Falta de compensación económica	39,95% (37,2-41,4)	7,43% (4,8-11,2)
Problemas en la accesibilidad de los pacientes	30,97% (28,5-32,5)	17,10% (13,0-22,0)
Falta de consenso (discrepancia entre las recomendaciones)	26,66% (24,4-28,2)	32,09% (26,2-37,6)
Dudas de los pacientes respecto a la efectividad de las actividades	25,27% (23,0-26,7)	22,68% (18,0-27,9)
Falta de claridad en las responsabilidades de los profesionales de atención primaria	20,08% (18,1-21,5)	21,27% (16,7-26,4)
Falta de entrenamiento	19,23% (17,3-20,7)	15,61% (11,7-20,4)

Entre paréntesis se indica el intervalo de confianza del 95%. n: tamaño de la muestra.

realizar actividades preventivas y de promoción de la salud, en la práctica es menos probable que las realicen. Este hecho no es tan claro para las actividades de cribado como el colesterol, la presión arterial o la glucosa, lo que refleja que se prefiere realizar analíticas o determinar la presión arterial que hacer actividades de consejo. López de Munain et al<sup>13</sup> evaluaron también en un estudio las actividades preventivas realizadas por 635 MF en su práctica clínica diaria y encontraron resultados similares en las actividades de consejo, pero resultados inferiores en las de cribado de factores de riesgo cardiovascular.

En el análisis comparativo, los MF españoles, en mayor porcentaje que el conjunto de MF del estudio, realizan en las actividades de prevención y de promoción de la salud por grupos de edad y sexo de mayor evidencia científica. Por otro lado, llama la atención que en el conjunto de MF europeos se realicen hasta en un 40% actividades no basadas en la evidencia científica (cribado de cáncer de próstata) o inefectivas (cribado del cáncer de pulmón con radiografía de tórax). Los MF españoles realizan estas actividades en un porcentaje muy inferior. Actualmente ningún grupo científico de prestigio recomienda el cribado sistemático del cáncer de pulmón (bien con radiografía o citología de esputo) a población general ni a población fumadora<sup>4,5</sup>. No obstante, llama la atención que los médicos españoles contestaran que debería hacerse este cribado en un porcentaje inferior (3,7%) al que después declaraba hacerlo en la práctica (7,8%), resultado éste difícil de explicar. Asimismo, en relación con el cribado del cáncer de próstata hoy por hoy no existe evidencia científica clara para recomendarlo en varones asintomáticos<sup>14,15</sup>.

El hecho de encontrar resultados más favorables en el grupo de MF españoles probablemente esté en relación con la implantación en España desde hace 12 años del Programa

**TABLA 6**

	Total	España
	Media ± DE	Media ± DE
Peso	71,48 ± 13,22	67,19 ± 13,44
Talla	169,85 ± 8,85	168,75 ± 8,88
IMC	24,64 ± 3,57	23,41 ± 3,11
Consumo de alcohol por semana <sup>a</sup>	5,73 ± 7,63	7,28 ± 10,06
	% (IC del 95%)	% (IC del 95%)
Fumadores de cigarrillos	14,79 (13,3-16,4)	18,89 (14,7-24,0)
Fumadores de puros/pipa	3,94 (3,2-4,9)	3,70 (2,0-6,7)
Practica ejercicio regularmente <sup>b</sup>	66,12 (64,1-68,1)	52,26 (45,5-57,4)
Vacunados contra la gripe <sup>c</sup>	51,56 (48,5-52,8)	54,85 (48,5-60,3)
Vacunados contra la hepatitis B	64,43 (61,2-65,3)	86,94 (81,7-89,9)
Vacunados contra el tétanos	79,63 (77,9-81,3)	84,44 (79,6-88,3)
Vacunados contra la rubéola (mujeres en edad fértil)	45,97 (43,8-48,1)	89,74 (84,6-92,1)
Cribado del cáncer de colon (mediante sangre oculta en heces o sigmoidoscopia)	11,69 (10,2-12,9)	3,35 (1,8-6,2)
Cribado del cáncer de próstata (mediante tacto rectal o PSA) <sup>d</sup>	25,84 (24,0-27,8)	7,96 (5,1-11,6)
Cribado de cáncer de mama (con mamografía) <sup>d</sup>	36,57 (34,5-38,6)	23,02 (18,3-28,3)
Cribado de cáncer de cérvix <sup>d</sup>	83,16 (81,5-84,7)	78,57 (73,2-83,0)

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; IMC: índice de masa corporal; PSA: antígeno prostático específico.

<sup>a</sup>Una bebida se consideró igual al contenido de un vaso de 100 ml de vino, 200 ml de cerveza o 25 ml de whisky. <sup>b</sup>Una o más veces por semana. <sup>c</sup>Cada año o algunos años. <sup>d</sup>Al menos realizado una vez.

de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) originado e impulsado desde la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Este programa establece y revisa periódicamente recomendaciones sobre prevención y promoción de la salud basadas en la evidencia científica para que los MF las realicen de manera oportunista desde su consulta. Actualmente el PAPPS está implantado en más de 654 centros de salud de todo el territorio nacional<sup>16</sup> y, como se ha comentado recientemente, la gran mayoría de centros de salud existentes en España, estén o no adscritos al PAPPS, tienen como elemento de referencia este programa para orientar sus actuaciones en este ámbito<sup>17</sup>.

En relación con las barreras percibidas por los MF para el desarrollo de estas actividades, tanto el grupo de MF europeo como español coinciden en considerar el exceso de carga de trabajo/escaso tiempo como la primera causa, con un porcen-

## Discusión

## Cuadro resumen



### Lo conocido sobre el tema

- Hasta la fecha se sabía acerca de aspectos concretos sobre los conocimientos y actitudes de los médicos de familia en prevención y promoción de la salud, a través de estudios realizados en un ámbito muy local, ya fuera un país o incluso en ámbitos más pequeños.

### Qué aporta este estudio

- Resultados sobre los conocimientos y actitudes en prevención y promoción de la salud, abarcando las diferentes actividades preventivas que se pueden realizar en atención primaria, en 11 países europeos.
- Los médicos de familia españoles, globalmente, conocen y realizan más actividades preventivas que sus homólogos europeos, lo que refleja una mayor implantación y desarrollo de los programas de prevención y promoción de la salud en el ámbito de la atención primaria en España.

taje muy superior en el grupo español. La falta de remuneración y las discrepancias en las recomendaciones son las segundas causas, respectivamente. En un estudio de la Organización Mundial de la Salud sobre 23.000 MF de 16 países, la excesiva carga asistencial y la falta de remuneración de la actividad fueron 2 de las barreras más importantes detectadas<sup>18</sup>. Hemos observado, tanto en el conjunto de MF como en el grupo español, que más del 50% de ellos se sienten escépticos respecto a su capacidad para ayudar a sus pacientes a que reduzcan el consumo de tabaco o el de alcohol, a que consigan o mantengan un peso normal y a que realicen ejercicio de forma regular. Otros estudios, como el realizado en la provincia de Québec, en Canadá, en 200 MF, han obtenido resultados similares: el 59, el 58 y el 48% de los MF se consideraban ineficaces a la hora de conseguir que sus pacientes abandonaran o disminuyeran el hábito tabáquico, aumentarían su actividad física y adoptarían dietas saludables, respectivamente<sup>19</sup>. Un estudio llevado a cabo en el Reino Unido en 230 MF<sup>9</sup> aportó incluso datos inferiores en relación con la eficacia percibida por estos profesionales para ayudar a sus pacientes a cambiar sus hábitos de vida. Por otro lado, estos mismos profesionales respondieron sentirse 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 (el 64, el 58, el 60 y el 50%, respectivamente) si habían recibido formación específica.

Sin embargo, sorprenden los resultados obtenidos en los MF españoles, porque este hecho contrasta con los porcentajes elevados obtenidos en todas las actividades de consejo, y también con los resultados de un estudio realizado en España a MF sobre la efectividad de algunas actividades preventivas, donde se objetivaba una importante tasa de abandono del consumo de tabaco y de alcohol<sup>20</sup>. Es interesante resaltar la asociación encontrada entre los hábitos de vida de los MF y sus actitudes en la promoción de la salud o en la prevención. En el grupo de los MF europeos esta asociación tiene significación estadística en todas las actividades estudiadas, excepto por lo que se refiere a los MF obesos y el consejo a sus pacientes con sobrepeso. En los MF españoles existen igualmente diferencias, pero sin significación estadística en ninguna de las actividades. Probablemente esto se pueda explicar porque en España, en el nivel primario de atención, las actividades preventivas y las de promoción de la salud están tan integradas en la actividad clínica diaria de los profesionales sanitarios que sus hábitos tienen poca influencia en su actitud.

En otros estudios, uno de ellos realizado en médicos y enfermeras, también se observó que el consejo es menos efectivo en los profesionales fumadores<sup>21</sup>. En otro estudio el consejo sobre ejercicio era más bajo en médicos que no realizaban actividad física regularmente<sup>22</sup>. Sin embargo, estos resultados contrastan con los de otro estudio sobre hábitos en profesionales sanitarios donde no se encontró asociación entre la conducta personal y la realización de actividades para la prevención de riesgo de enfermedades cardiovasculares<sup>23</sup>. Probablemente los resultados en este último estudio puedan ser debidos al tamaño relativamente pequeño de la muestra utilizada.

Otro estudio realizado mediante un cuestionario a una muestra representativa de las mujeres médicos de Estados Unidos demostró que ser MF y tener unos hábitos de vida saludable eran los factores que se asociaban más significativamente con la práctica de actividades de consejo y de cribado<sup>24</sup>.

No hemos encontrado estudios similares realizados en España en profesionales sanitarios que nos permitan comparar los resultados encontrados en nuestro estudio sobre este aspecto.

Globalmente existe todavía un vacío en los conocimientos y las actitudes de los MF en relación con las recomendaciones sobre prevención y promoción de la salud. Sin embargo, en este estudio también se demuestra que los MF españoles realizan más actividades preventivas que los médicos europeos, lo que refleja una mayor implantación y desarrollo de los programas de prevención y promoción de la salud en el ámbito de la atención primaria en España.

### Agradecimientos

A todos los miembros de EUROPREV: Mary Sheehan (Irish College of General Practitioners), Ton Drenthen (Dutch College of GPs), Godfrey Fowler (Royal College of General Practitioners), Revaz Tataradze (Georgia Association of GPs and FPs),

Artur Mierzecki, Maciek Godycki-Cwirko (The College of Family Physicians in Poland), Mario R. Sammut (Malta College of Family Doctors), Eva Jurgova (Slovak Society of General Practice), Elena V. Frolova (St. Petersburg Medical Academy of Postgraduate Study), Liivia Pullerits (Estonian Family Doctors Association), Carlos Martins (Portuguese Association of GPs), Mateja Bulc (Slovenian Medical Association), Sirkka Keinanen-Kiukkanniemi (Finish College of GPs), Jasna Vucak (Croatian Association of Family Physicians), Cecilia Björkelund (Swedish College of GPs), Hava Tabenkin, Eleizzer Kitai (Israel Association of Family Physicians), Ruta Radzeviciene (Lithuanian Association of GPs/Family Physicians), Frede Olesen (Danish College of GPs), Mehmet Ungan, Süleyman Görpelioglu (Turkey Family Physicians Association), Christos Lionis, Eleftherios A. Tiroos (Greek Association of GPs), Frans Govaerts, Leo Pas, André Franck (Scientific Society of Flemish GPs), Maxime Mancini, Dominique Durrer (Swiss Association of GPs), Donatella Sghedoni (Center for Study and Research in General Practice-Italy), Ingrid Pichler (Austrian Society of GPs and Family Medicine), Rados Assenova (Department of General Practice Higher Medical Institute), Valia Markou (General Practitioners of Cyprus), Carlos Brotons, Ramon Ciurana, Pilar Kloppe, Rosa Piñero, Antonia Sánchez (Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria).

Damos las gracias a todos los médicos de familia que han contestado el cuestionario y a todas las sociedades científicas de medicina de familia europeas que han hecho posible este estudio.

Queremos agradecer el apoyo a EUROPREV de la Direcció General de Salut Pública del Departament de Salut de Catalunya, a la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària y al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

## Bibliografía

- Olesen F, Dickinson J, Hjortdahl P. General practice – time for a new definition. *BMJ*. 2000;320:354-7.
- Fraser RC. Setting the scene. En: Fraser RC, editor. *Clinical method. A general practice approach*. 2nd ed. Oxford: Butterworth Heinmann; 1992.
- Buerma WG, Van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. *Br J Gen Pract*. 1997;47:481-6.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. *Clinical preventive health care*. Ottawa: Canada Communications Group; 1994.
- US Preventive Task Force. US Preventive Services Task Force. *Guide to clinical preventive services*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1996.
- Luckmann R, Melville SK. Periodic health evaluation of adults: a survey of family physicians. *J Fam Pract*. 1995;40:547-54.
- Coffield AB, Maciosek MV, McGinnis JM, et al. Priorities among recommended clinical preventive services. *Am J Prev Med*. 2001;21:1-9.
- Brotons C, Iglesias M, Martín Zurro A, Martín Rabadán M, Gene J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract*. 1996;13:144-51.
- McAvoy B, Kaner EFS, Lock LA, Heather N, Gilvarry E. Our healthier nation: are general practitioners willing and able to deliver? A survey of attitudes to and involvement in health promotion and lifestyle counselling. *Br J Gen Pract*. 1999;49:187-90.
- Wechsler H, Levine S, Idelson RJ, Schor EL, Coakley E. The physician's role in health promotion revisited - a survey of primary care practitioners. *N Eng J Med*. 1996;334:996-8.
- Brotons C, Ciurana R, Piñero R, Kloppe P, Godycki-Cwirko M, Sammut MR. Dietary advice in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Am J Clin Nutr*. 2003;77:1048-51.
- Brotons C, Björkelund C, Bulc M, Ciurana R, Godycki-Cwirko M, Jurgova E, et al, on behalf of the EUROPREV network. Prevention and health promotion in clinical practice: the views of general practitioners in Europe. *Prev Med*. 2005;40:595-601.
- López-de-Munain J, Torcal J, López V, Garay J. Prevention in routine general practice: activity patterns and potential promoting factors. *Prev Med*. 2001;32:13-22.
- Oottamasathien S, Crawford DE. Should routine screening for prostate-specific antigen be recommended? *Arch Intern Med*. 2003;163:661-3.
- Hoffman RM. An argument against routine prostate cancer screening. *Arch Intern Med*. 2003;163:663-5.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. PAPPS. Actualización 2003. *Aten Primaria*. 2003;32. [Consultado 1 Junio 2005.] Disponible en: <http://www.papps.org>
- Martín Zurro A. Prevencción y promoción de la salud en las consultas de atención primaria: apuntes sobre su pasado, presente y futuro. *Aten Primaria*. 2004;33:295-6.
- McAvoy BR. A scandal of inaction: how to help GPs implement evidence-based health promotion. *Br J Gen Pract*. 2000;50:180-1.
- Grant AM, Niyonsenga T, Dion I, Delisle E, Xhignesse M, Bernier R. Cardiovascular disease. Physicians attitudes toward prevention and treatment. *Can Fam Physician*. 1998;44:780-7.
- Subias Loren PJ, García-Mata JR, Perula de Torres L. Efectividad de las actividades preventivas en el marco de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). *Grupo de Evaluación del PAPPS. Aten Primaria*. 2000;25:383-9.
- Reeve K, Adams J, Kouzekanani K. The nurse as exemplar: smoking status as a predictor of attitude toward smoking and smoking cessation. *Cancer Pract*. 1996;4:31-3.
- Sherman SE, Hershman WY. Exercise counselling: how do general internists do? *J Gen Intern Med*. 1993;8:243-8.
- Steptoe A, Doherty S, Kendrick T, Rink E, Hilton S. Attitudes to cardiovascular health promotion among GPs and practice nurses. *Fam Pract*. 1999;16:158-63.
- Frank E, Rothenberg R, Lewis C, Belodoff BF. Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. *Arch Fam Med*. 2000;9:359-67.