

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

Departamento de Medicina



TESIS DOCTORAL

Ética de los problemas en el ejercicio médico de la dermatología
en Castilla-La Mancha

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Carmen María Galera Martín

Directores

Aurora Guerra Tapia

Sixto López Martín

Madrid, 2017

© Carmen María Galera Martín, 2016

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA



**“ÉTICA DE LOS PROBLEMAS EN EL EJERCICIO MÉDICO
DE LA DERMATOLOGIA EN CASTILLA-LA MANCHA”**

CARMEN MARÍA GALERA MARTÍN

2015

**“ÉTICA DE LOS PROBLEMAS EN EL EJERCICIO MÉDICO
DE LA DERMATOLOGIA EN CASTILLA-LA MANCHA”**

Autor:

CARMEN MARÍA GALERA MARTÍN

Directores:

Profª. Dra. AURORA GUERRA TAPIA

Dr. SIXTO LÓPEZ MARTÍN

A mi marido José Miguel
y a mis hijos; Paula, Mateo y Fátima
por su amor incondicional que es el mayor aliciente de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Quiero mostrar mi agradecimiento a todas las personas que han hecho posible la realización de ésta Tesis Doctoral, sin vuestro apoyo y ayuda nunca me hubiera embarcado en este hermoso proyecto y, por supuesto, nunca lo hubiera podido dar fin.

El primero al **Doctor Sixto López Martín**, mi Director de Tesis Doctoral y mi Director Médico en el trabajo cotidiano. Aunque le conocí cuando yo ya había realizado mi especialidad, cuando pensaba que ya estaba suficientemente formada, él ensanchó mis horizontes, me hizo ver la amplitud que implica la palabra médico, pero no con sermones, sino con su forma de actuar que es como más se enseña. Me inculcó que uno no es médico ocho horas al día sino que lo es siempre y que esto se debe llevar como una responsabilidad alegre y gozosa. Por otra parte su capacidad de trabajo y de estudio sobre un tema que le apasiona, la ética médica, me asombró e hizo surgir en mí un entusiasmo por saber qué implica este maravilloso mundo de la ética médica y qué aplicaciones prácticas tiene en mi especialidad. Todo esto hizo que me decidiera a realizar esta tesis doctoral, lo cual todavía me sorprende pues entre mis proyectos de futuro jamás estuvo tal cuestión por considerarla algo inalcanzable.

Gracias a él me lancé y gracias a él la he podido llevar a cabo. Siempre ha estado en primera línea de fuego, impulsándome a la excelencia en el trabajo, corrigiendo, cuando ha hecho falta, mis errores o la falta de concentración en el estudio y la investigación, estando siempre diligente a la hora de responder a mis dudas, que eran muchas, a animarme y motivarme a trabajar cuando la pereza o el desánimo se apoderaba de mí. Por todo ello puedo decir: sin ti jamás hubiera realizado esta Tesis. Gracias.

A la **profesora Doctora Aurora Guerra Tapia**, desde el principio quise que también fuera ella mi Directora de Tesis, porque la admiro desde mi periodo de residencia en el Hospital Universitario “12 de Octubre” de Madrid en el que fue una tutora de residentes acogedora, con su amplia sonrisa y su capacidad de hacer las cosas más fáciles a los que tiene alrededor. Por su capacidad de estudio y trabajo, por su inquebrantable determinación de ir siempre hacia adelante, de no relajarse, de hacer las cosas bien, de enseñar y comunicar como nadie y porque sabía que mi tema de tesis la iba a gustar e interesar, como así fue. Siempre ha estado cercana respondiendo mis preguntas con buenísimos consejos, siempre dispuesta a vernos, a enseñarme lo que sabe. Ha sido muy generosa en tiempo y en conocimientos. Le agradezco que haya querido ser mi directora de tesis y me enorgullezco de ello. Gracias, Aurora.

A **María Pilar López Gómez** por cuanto me ha enseñado en el trabajo estadístico, por su disponibilidad desinteresada, aún en circunstancias adversas, por su dulzura a la hora de decir las cosas.

A mi marido **José Miguel Sánchez García** por su ayuda constante en temas informáticos, por su tiempo dedicado a nuestros hijos para que yo pudiera trabajar, por sus ánimos cuando más los necesitaba, por sus gestiones en la universidad, y por su amor generoso hacia mí que me llena de felicidad y me hace tener fuerzas para enfrentar retos como este que nos ocupa.

A mis compañeros dermatólogos de Castilla la Mancha. Primero a mis compañeros del Complejo Hospitalario de Toledo, mi jefe el **Doctor Domingo García Almagro** que también ha sido un ejemplo de buen médico y medico bueno, a la jefa actual **Doctora Cristina Schoendorf**, a mis compañeras y amigas las **Doctoras Constanza Bahillo Monné** y **Cristina Perez Hortet**, y al resto de buenas compañeras; **Doctora Ana Belén Gargallo** y **Doctora Elena Vera**. Todos ellos influyeron sin saberlo en mi forma de ejercer una dermatología ética. A mi compañero dermatólogo de IDC-Salud, **Doctor Iván Cervigón**, que junto con el resto de dermatólogos de Talavera de la Reina, Ciudad Real, Albacete, Cuenca y Guadalajara respondieron con generoso interés a los cuestionarios que me consta resultaban un poco largos y tediosos y que soportaron con paciencia mis numerosos correos.

A mis padres Antonio y Milagros, a mis suegros José y Paula y al resto de mi familia, hermanos y cuñados, por haberme prestado ayuda con mis hijos e ilusionarse con el desarrollo de mi tesis.

A los que, injustamente, me olvido y que me habéis ayudado.

A todos, gracias.

*“...en lo que me fuera posible y alcanzara mi inteligencia
cumpliré este mi juramento y esta mi obligación.
Ejerceré mi arte y transcurrirá mi vida en la pureza y en la piedad.
Concédaseme disfrutar de la vida y de mi arte y ser honrado y venerado por todos.
Si lo violo y resulto perjuro, quépame en suerte lo contrario.”*

(Del Juramento de Hipócrates)

*“¡Dios Todopoderoso! Tú me has elegido en Tú misericordia para velar
sobre la vida y la muerte de tus criaturas.
Ahora estoy listo para practicar mi profesión.
Ayúdame en este gran deber para que así se beneficie la humanidad,
pues sin Tu ayuda ni lo más mínimo tendrá éxito.”*

(De la Oración Matinal del Médico de Maimónides)

*“Más allá de la Ética, de la Deontología y de las Leyes
queda un espacio donde habita lo más íntimo del ser humano
y que no siempre puede ser contenido en estos pilares
en los que se asienta el ejercicio médico.
Hablo de los sentimientos.*

(De Ética y Deontología Médica de Sixto López)

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. OBJETIVOS.....	5
III. LOS PILARES REGULADORES Y GARANTES DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA DERMATOLOGIA CLINICA.....	9
III.1.Ética.....	11
III.1.1.Teorías Éticas.....	11
III.2.Deontología.....	23
III.2.1.El Código de Ética y Deontología Médica.....	24
III.3. Leyes.....	26
III.3.1. Las fuentes de las leyes.....	26
III.3.2. Las Leyes Propiamente Dichas (Nacionales y Regionales).....	29
III.3.3.La jurisprudencia.....	30
IV. MATERIAL Y MÉTODO.....	33
IV.1. Población Estudiada.....	35
IV.1.1. Descripción.....	35
IV.1.2. Cuantificación de la población.....	36
IV.1.3. Análisis de resultados y variables aplicadas.....	42
IV.2. Encuestas.....	42
IV.2.1. Formato físico.....	42
IV.2.2. Autorización del Comité de Ética e Investigación del Complejo Hospitalario de Toledo.....	42
IV.2.3. Contenido.....	44
2.4. Estadística de Contraste Utilizada.....	59
V. RESULTADOS Y DISCUSION.....	61
V.1. BLOQUE I.....	63
V.1.1. Respuestas.....	63
V.1.2. Demografía.....	63
V.1.2.1. Edad.....	63
V.1.2.2. Distribución por sexo.....	63

V.1.2.3. Años de ejercicio	64
V.1.2.4. Discusión.	65
V.2 BLOQUE II. Formación Ética.....	67
V.2.1 Ética Medica.	67
V.2.2 Necesidad de la asignatura de Ética Médica en la licenciatura.	73
V.2.3 Necesidad de la asignatura de Ética Médica en la especialidad	76
V.2.4 Evitar conflictos a través de una buena formación ética.....	79
V.2.5 Discusión.....	82
V.3 BLOQUE III. Conocimiento de los fundamentos que regulan el ejercicio profesional médico ...	83
V.3.1 Teorías éticas	83
V.3.2 Principios éticos.....	86
V.3.3 Código de Ética y Deontología médica	92
V.3.4 Normativa legal.	95
V.3.5 Discusión.....	104
V.4 BLOQUE IV. Preocupaciones éticas de los dermatólogos de Castilla La Mancha	105
V.4.1 Grado de preocupación sobre problemas éticos que afectan en primera persona.	105
V.4.2 Grado de preocupación sobre problemas éticos surgidos en la relación médico-paciente	109
V.4.3 Grado de preocupación sobre problemas éticos surgidos de la relación con terceros.....	113
V.4.4 Discusión.....	116
V.5 I. Actitud Ética del Médico Dermatólogo	117
V.5.1 Frente al estudio y la formación continuada	117
V.5.1.1 “¿Considera que el ejercicio de la dermatología es un servicio basado en el conocimiento científico, la destreza técnica y las actitudes éticas?”	117
V.5.1.2 “ Si su respuesta anterior ha sido afirmativa, ¿Se considera formado en esos tres aspectos?”	118
V.5.1.3 “¿Considera que cumple con el deber ético del estudio?”.....	121
V.5.1.4 “¿Cómo considera la realización de actividades de formación continuada?”	124
V.5.1.5 “¿Considera que la institución donde presta sus servicios debería proteger un tiempo para su formación continuada?”	127

V.5.1.6 “¿Qué opinión le merece el que la Industria Farmacéutica contribuya a la formación continuada del dermatólogo?”	130
V.5.1.7 Discusión.....	133
V.5.2 En la Relación con el Paciente.	135
V.5.2.1 “ ¿Considera que el tiempo de que dispone para cada paciente es suficiente?”	135
V.5.2.2 “ Consciente de la asimetría que existe entre Vd. y su paciente ¿Cuál es su actitud en la relación con él?”	138
V.5.2.3 “A la hora de la aplicación terapéutica ¿Qué valora?”	141
V.5.2.4 “¿Qué tipo de información considera que debe proporcionar al paciente, cuando el proceso morboso tiene un pronóstico malo o infausto?”	144
V.5.2.5 “¿Por qué hace uso del Consentimiento Informado?”	147
V.5.2.6 “ ¿Que porcentaje de pacientes considera que están capacitados para comprender y decidir sobre su proceso morboso y la terapéutica a aplicar?”	150
V.5.2.7 “¿Considera que la entrega del Consentimiento Informado a sus pacientes debe ir acompañada de información verbal?”	153
V.5.2.8 “ ¿Cómo considera que debe ser la información, sea oral o escrita, proporcionada al paciente en el procedimiento de Consentimiento Informado?”	156
V.5.2.9 Discusión.....	159
V.5.3 En la relación con la empresa, el centro de trabajo, los compañeros y la industria farmacéutica.....	161
V.5.3.1 “¿Considera que la falta de incentivación económica, y de desarrollo profesional le está produciendo un cierto acomodamiento y conformismo en el ejercicio profesional?”	161
V.5.3.2 “¿Considera que las medidas que se están tomando respecto al tiempo de trabajo, honorarios y fiscalidad, entre otras, afectan a la calidad de su ejercicio?”	164
V.5.3.3 “ ¿Considera que estas medidas son las adecuadas para corregir los problemas del actual sistema sanitario?”	167
V.5.3.4 “Dada la presión que está ejerciendo el sistema sobre el gasto ¿Considera vulnerada su libertad de actuación y libre prescripción?”	170
V.5.3.5 “¿Influye en usted, a la hora de prescribir un tratamiento, el coste de este?”	173
V.5.3.6 “¿Cómo considera que debe ser la relación entre compañeros?”	176
V.5.3.7 “¿Considera ético los reembolsos que se perciben por ensayos clínicos no supervisados por el comité correspondiente?”	179

V.5.3.8 “¿Considera ético que la Industria Farmacéutica sufrague los gastos de asistencia a eventos formativos?”	182
V.5.3.9 Discusión.....	185
V.6 II. Respuesta a los Problemas Éticos que Plantea el Ejercicio Profesional de la Dermatología.	187
V.6.1 En la relación con los pacientes.....	187
V.6.1.1 “¿Cómo es, generalmente, la relación que mantiene con sus pacientes?”	187
V.6.1.2 “¿Qué hace con el paciente “difícil” (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado)”	190
V.6.1.3 “Ante la dificultad añadida que supone el paciente emigrante (lengua, cultura, educación...) ¿Qué hace?”	193
V.6.1.4 “A la hora de comunicar un diagnóstico de pronóstico malo o, incluso, infausto, ¿Qué hace?”	196
V.6.1.5 “¿Cómo se comporta ante un paciente contagiado por una ETS?”	199
V.6.1.6 “Ante una paciente en edad fértil, que debe tratar con retinoides orales y que se niega a utilizar métodos anticonceptivos por razones religiosas, ideológicas o culturales ¿Cómo actúa?”	202
V.6.1.8 “ En el proceso de Consentimiento Informado ¿Se asegura, habitualmente, de que el paciente ha comprendido la información proporcionada?”	206
V.6.1.9 “Si, una vez proporcionada adecuadamente la información, el paciente no acepta la medida terapéutica propuesta ¿Qué hace?”	209
V.6.1.10 “Si el paciente, ante una medida terapéutica, manifiesta su deseo de no saber ¿Cómo actúa?”	212
V.6.1.11 Discusión.....	215
V.6.2 En relación con los compañeros	217
V.6.2.1 “Si comprueba que un compañero suyo no dispensa el trato adecuado a los pacientes ¿Qué hace?”	217
V.6.2.2 “¿Y si el problema es de mala praxis técnica?”	220
V.6.2.3. “ ¿Y si comprueba que está obteniendo recompensas económicas ilícitas de los laboratorios?”	223
V.6.2.4 “Ante la constatación de un diagnóstico o tratamiento erróneo por parte de un compañero de la propia o de otra especialidad, habitualmente...”	226
V.6.2.5 “¿Qué opinión le merece el que algunos dermatólogos realicen y supervisen tratamientos estéticos?”	229

V.6.2.6 “¿Y que se ofrezcan productos cosméticos en las consultas y clínicas dermatológicas?”	232
V.6.2.7 Discusión.....	235
V.6.3 En la relación con la institución en que desempeña su trabajo	237
V.6.3.1 “¿Cómo considera el formulario de C.I. que utiliza en el centro en el que desarrolla su actividad profesional?”	237
V.6.3.2. “Ante la presión para el ahorro, en todos los órdenes, que está ejerciendo la administración ¿Cómo actúa?”	238
V.6.3.3 “¿Se siente valorado profesionalmente por el sistema público?”	241
V.6.3.4 “Dada la situación en la medicina pública ¿Se ha planteado abandonarla y ejercer la medicina privada exclusivamente?”	244
V.6.3.5 “Ante un eventual conflicto con sus pacientes ¿Se siente protegido por la institución en la que trabaja?”	247
V.6.3.6 Discusión.....	250
V.6.4 En la relación con la Industria Farmacéutica y Otras.....	251
V.6.4.1 “Ante la presión ejercida por la Industria Farmacéutica de cara a orientar sus prescripciones ¿Cómo actúa? “	251
V.6.4.2 “El hecho de que la I. F. contribuya a su formación continuada facilitándole información científica y la asistencia a eventos profesionales ¿Influye en su hábito prescriptor?”	252
V.6.4.3 “Cuando un representante de la I. F. le ofrece una remuneración por incluir pacientes en un determinado tratamiento, sin que ese protocolo haya sido sometido a autorización por el correspondiente comité ¿Cómo actúa?”	255
V.6.4.4 “Ante el conflicto ético que puede suponer la prima económica reportada por derivación de pacientes a entidades privadas para tratamientos específicos ¿Cómo actúa?”	258
VI. CONCLUSIONES	263
VII. ANEXOS	267
VIII. BIBLIOGRAFÍA	417
IX. RESUMEN	425

I. INTRODUCCIÓN.

Durante, aproximadamente, tres milenios y medio de años, que son demostrables documentalmente, la especie humana ha contado entre sus miembros con personas que se han dedicado a intentar aliviar el padecimiento, la enfermedad y el dolor de los demás. La práctica de la tarea sanadora ha atravesado, en este largo periplo, por diferentes etapas que han venido determinadas por la evolución de los pueblos, las creencias, la organización de las sociedades, las costumbres, el saber y la ciencia.

El transcurrir del tiempo ha ido decantando una forma de entender la enfermedad, sus complejas claves etiológicas, su evolución, la forma de desentrañar e interpretar los síntomas y los signos, la denominación de ésta, su pronóstico y la manera de abordar la terapia que pudiera curarla o, al menos, aliviar el sufrimiento que infiere al paciente. En cada momento de la evolución del arte de curar el paradigma científico que soportaba todo este entramado ha sido distinto. A eso, simplificando mucho, lo llamamos evolución científica.

Pero la especial dedicación de las mujeres y los hombres destinados a ejercer el arte de sanar, su comportamiento, la propia esencia de lo que hacían y el cómo veían el resto de los miembros del grupo su dedicación fue creando una situación en la que el sanador ya no era uno más. Tenía un algo especial. López¹ ha estudiado y sistematizado este fenómeno para llegar a la conclusión de que el arte de sanar se diferencia del resto de las ocupaciones humanas porque viene alimentado por una ética profesional que lo convierte en una profesión, en cuanto compromiso público de servir a la sociedad, mientras que lo otro son oficios, es decir, discursos laborales que no vienen soportados, entre otras diferencias, por ese compromiso público ni por una ética profesional específica. Y al estudiar el discurrir histórico de esta ciencia que llamamos Ética Profesional Médica nos encontramos que también se ha regido por paradigmas científicos evolutivos.

Con la misma determinación, balbuciente al principio y firme después, que el resto de las ciencias, la Ética Médica ha sufrido cambios paradigmáticos a lo largo de la historia. Mientras los cambios no fueron grandes se adecuó el marco en que se movía para, sin grandes traumas, adaptarse a los nuevos requerimientos de la sociedad, del poder civil y religioso y de los miembros de la corporación médica. Cuando, por su complejidad e importancia, no ha sido posible, el paradigma vigente ha decaído y ha surgido un nuevo paradigma.

Eso es lo que nos ha pasado a mediados del siglo XX. El paradigma ético clásico de la profesión médica, basado fundamentalmente en el paternalismo, ha hecho crisis y ha surgido un nuevo paradigma ético de la profesión que cimenta sus fundamentos en el respeto a la libertad y los derechos del paciente, particularmente a la hora de decidir que quiere hacer con su cuerpo y su salud.

Queremos hacer notar otro aspecto, sin perjuicio de volver posteriormente sobre lo anterior, sobre la ética de la profesión médica. Son sus problemas. El autor mencionado anteriormente, codirector con la Profesora Guerra de esta Memoria Final de Doctorado, viene a decir que una cosa son los problemas de la ética médica y, otra muy distinta, la ética de los problemas médicos. Es en este segundo apartado en el que pone el énfasis en el capítulo veintiuno de su obra y viene a sistematizarlos en tres escalones que, resumidos brevemente, serían:

Hay un primer escalón en el que el médico implicado proporciona la información pero no participa, ni directa ni indirectamente, en la decisión siendo ésta tomada por una instancia superior a la que él no tiene acceso.

En el segundo, el médico implicado da la información y, directa o indirectamente, va a participar en la decisión del sentido que se da a la resolución del problema ético en cuestión.

El tercero y último es, al menos cuantitativamente, el más importante y el médico no solamente es el sujeto receptor sino que, además, va a resolver el dilema ético, a veces, con la

ayuda y asesoramiento de sus compañeros de servicio y otras (la mayoría de los casos) en absoluta soledad.

Este último escalón, al que llamamos **ética de los problemas diarios**, es realmente lo que nos califica a los médicos en nuestra trayectoria profesional. Aquí, ante el dilema ético que hay que resolver sobre la marcha, es donde se mide la estructura ética del médico, su capacidad de resolución y la utilización del arsenal ético del que está dotado.

Y enlazamos con el primer argumento de esta introducción. Habiendo cambiado el paradigma ético de la profesión médica queremos saber si los médicos han asumido, en su quehacer cotidiano, los postulados del nuevo paradigma. Dicho de otra manera: ¿La resolución de los problemas éticos diarios se aborda desde el nuevo paradigma o seguimos anclados en el paternalismo médico del paradigma clásico?

La editorial del director de esta Tesis, Dr. Sixto López Martín², ponía el dedo en la llaga. Completa dicha editorial el trabajo que publicamos no hace mucho³ y que, con el anterior, añadimos a esta memoria final de doctorado como anexos, lanzando una serie de retos que nos hemos impuesto resolver en este estudio en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Justificamos su realización en que no existen estudios globales que analicen la cuestión de la asunción de los postulados de la moderna ética médica por los ejercientes de la medicina española aplicados a los problemas éticos del ejercicio diario. De hecho solamente hemos encontrado dos que puedan merecer este título:

1.- “Ética y Deontología Médica. Ética de los problemas en Atención Primaria en la provincia de Toledo”, López Martín, Sixto. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca. 2009.

2.- “Aspectos Éticos y Legales del Consentimiento Informado en Anestesiología. Estudio en el Complejo Hospitalario de Toledo”, López Gómez, María. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca. 2011.

Conocemos otros estudios publicados, pero son parciales y sobre problemas puntuales, aunque también referidos a la ética de los problemas diarios.

Desde el deseo de honrar a los maestros y, sobre todo, a aquellos que en el último tercio del siglo XX y los primeros compases del presente se han esforzado porque los médicos individualmente y la corporación médica en general asumieran el hecho de que el paradigma ético clásico de la profesión médica había hecho crisis y se imponía la aceptación de un nuevo paradigma.

Desde el deseo de que este estudio, referido a la ética de los problemas diarios en el ejercicio de la Dermatología Clínica, contribuya a ampliar los conocimientos de los médicos actuales y futuros.

Desde la humildad y el deseo de servir a los que hemos elegido, libremente, el camino del trabajo contra el dolor, el padecimiento y la muerte de los que son iguales a nosotros, abordamos este trabajo.

II. OBJETIVOS

Con la intención y el deseo puestos de manifiesto en la introducción nos marcamos en este trabajo los siguientes objetivos:

1º.-Conocer la formación y los conocimientos en ética médica, deontología y principales leyes reguladoras del ejercicio profesional de los médicos dermatólogos en ejercicio en el territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

2º.-Conocer las principales preocupaciones éticas de la población referida

3º.-Conocer su actitud ética

4º.-Conocer la respuesta que dan a los problemas éticos que se les plantean en el ejercicio de su actividad diaria.

III. LOS PILARES REGULADORES Y GARANTES DEL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA DERMATOLOGIA CLINICA

El ejercicio profesional médico, en general y la Dermatología Clínica, en particular, hunden sus raíces en la tradición, acrisolada por algo más de tres milenios de experiencia, en los que han desarrollado unos conocimientos científicos que han ido evolucionando a medida que los tiempos discurrían. La aplicación de estos conocimientos se ha visto influenciada, indudablemente, por la forma de pensar de los pueblos, el concepto de enfermedad y la forma de afrontar ésta. Pero esta afirmación, que vale para cualquier rama del saber, se ve mediatizada por las especiales características de nuestra profesión. Y ahí está la cuestión. En que esto que nosotros hacemos no es un trabajo cualquiera. No es un oficio. Es una profesión. No podemos, por razones obvias entrar en la diferenciación entre profesión y oficio. Por ello nos remitimos a la publicación de López¹ en la que deja meridianamente clara la diferencia entre profesión y oficio y cómo ésta goza de unas características esenciales de las que hemos de destacar su fundamentación ética.

A medida que la sociedad avanza será necesaria una regulación del poder médico. Los Juramentos serán sustituidos por normas deontológicas¹ y, a fin de regular éste poder, vendrán las leyes. Pero este discurrir no es excluyente sino complementario. Al final, pues, nos encontramos con que hay tres pilares básicos sobre los que se apoya el ejercicio profesional médico: Ética, deontología y leyes. Haremos una breve mención a los tres.

III.1.Ética

Conceptualmente la ética es... “una ciencia práctica, no especulativa, que expone y fundamenta científicamente principios universales sobre la moralidad de los actos humanos. Su fin es facilitar el recto proceder de las personas, determinando la bondad o maldad de sus actos.”¹.

Pero no podemos hablar de ética ni de Ética Médica como un concepto unívoco. En cuanto ciencia, reconoce muchas variables y muchas teorías que la desarrollan. Y, desde ese punto de vista, la vamos a abordar explicando sucintamente las teorías éticas. Pero antes de eso hemos de hacer una diferenciación conceptual, porque aunque utilicemos habitualmente los términos “teoría ética” y “doctrina ética” de forma ambivalente, como si fueran sinónimos, no lo son. El término teoría, habitualmente utilizado en el mundo anglosajón, lo podemos asimilar a corriente en movimiento, en cuanto flujo de ideas que no se consideran cerradas y que van enriqueciéndose, corrigiéndose y adecuándose permanentemente. El término doctrina, habitual en nuestro medio, es como un lago cerrado en el que no entra ni sale agua, entendiéndose como conjunto de saberes acabados y completos en sí mismos¹. Nosotros nos manifestamos más de acuerdo con el término teoría o corriente y hacia él nos decantamos. Fundamentamos esta afirmación en que, si tomamos una proposición ética como doctrina, estamos excluyendo lo que de bueno o aprovechable tengan todas las demás, desde la premisa de que no existe una infalible que explique y respalde la legitimidad de todos los juicios de valor sobre la moralidad de los actos humanos y de que todas tienen algo de verdad y razón cuando explican éstos.

III.1.1.Teorías Éticas.

Dice López¹ que hay casi tantas teorías éticas como filósofos. Es posible que no ande desencaminado. Por lo que se refiere a la Medicina hemos de constatar, si seguimos su obra, que son muchas. Pero también es cierto que la gran inmensa mayoría de los dilemas éticos que

se le presentan al médico en su trabajo diario vienen contenidos en las cuatro que consideramos principales y a las que nos vamos a referir. Ordenadas cronológicamente, según fueron enunciadas, serían la ética de la virtud, el deontologismo, las teorías éticas consecuencialistas de las que destacamos el utilitarismo y, por último, la ética de los principios.

III.1.1.1.De la Virtud.

Conceptualmente podemos definir la ética basada en las virtudes como la que asienta sus fundamentos en el ejercicio virtuoso del deber. Entiende, esta teoría, que ese modo de actuar es moralmente más correcto que el que se basa en la actuación por obligación.

Considera que, en el ejercicio profesional médico, las cuestiones morales deberían ser estudiadas dentro del marco de las Virtudes ya que cualquier profesional sanitario puede evadir los sistemas de reglas. Defiende, en definitiva, que el carácter es más importante que el cumplimiento de las normas⁴.

Beauchamp y Childress⁴ afirman que... *“Una persona moralmente buena, con la adecuada configuración de deseos y motivos, tiene más posibilidades de entender lo que debe hacer, de realizar los actos necesarios y de crear y actuar según los ideales morales [...] por tanto, recomendaremos, admiraremos, alabaremos y mostraremos como modelo moral a toda persona dispuesta por su carácter a ser generosa, cuidadosa, compasiva, piadosa, justa y no a las personas que siguen estrictamente las reglas”*.

Luego de lo que estaríamos hablando es de que las Teorías Éticas Virtualistas se basan en las cualidades que debe cultivar el médico para el buen hacer profesional, encaminando siempre sus actos al máximo beneficio del paciente. Virtudes como la Veracidad, la Privacidad, la Confidencialidad, la Fidelidad y otras, deben ser practicadas por el médico, inexcusablemente, motivando su actuación moral, que irá más allá del estricto cumplimiento de los principios morales clásicos⁵.

El origen de ésta teoría ética la encontramos en Aristóteles que será retomada, a comienzos del XIX (1803) por Thomas Percival que en su obra “Medical Ethics” considera que la profesión médica debe encuadrarse dentro de la ética de la virtud. Siendo este autor un ilustrado se aparta de lo que él considera excesos de la Ilustración, pues para él, en la ruptura entre la fe y la razón, se da una primacía en la segunda relegando la primera a una situación de irracionalidad y a un ámbito puramente privado. Pero hemos de considerar que Percival es un hombre religioso, de ahí que quiera ensalzar la virtud a la hora de que el médico justifique sus actos y, en general, que su conducta se... *“construya desde una ética de la virtud que permita definir el carácter moral del profesional como “medicus politicus”, como gentleman ministro del enfermo”*⁶

Aunque, como queda dicho, la virtud como concepto de excelencia ocupó un lugar destacado en la filosofía moral clásica y cristiana fue olvidada durante el periodo renacentista y, sobre todo, moderno, con especial contribución por parte de N. Maquiavelo y Th. Hobbes. Habrá que esperar hasta las últimas décadas del siglo XX para asistir a la recuperación de las teorías de la Virtud en la medicina, encontrándose entre los más importantes contribuyentes Edmun Pellegrino y David C. Thomas, ambos de profundas raíces cristiano-católicas⁷.

III.1.1.2.Deontologistas.

Las Teorías Éticas Deontologistas se fundamentan en el cumplimiento del deber por encima de todo. Eso es lo primordial, sin que deban preocuparnos, si este se ha cumplido, las

consecuencias que el acto pueda tener. Desde el respeto a la autonomía e independencia del sujeto viene a definir una serie de deberes que hay que cumplir.

El creador y máximo exponente, dentro del grupo de las teorías deontologistas, es Kant (1724-1804) que, desde la consideración de la persona-sujeto como un fin, nunca como un medio⁸, formula el “*imperativo categórico*” que es un mecanismo racional que todas las personas poseemos, que por tanto sería universal, que nos dice claramente lo que debemos hacer en cada ocasión, conteniendo una serie de reglas morales capaces de ser buscadas y cumplidas por todos los seres humanos de forma unánime¹.

El Kantismo trata a las personas con el máximo respeto y dignidad moral y éstas nunca podrán ser medio para nuestros fines sino fines en sí mismos. Este es el otro rasgo diferenciador. Por tanto las teorías éticas deontológicas consideran que si en alguna ocasión se da la circunstancia de que la persona pueda ser un medio para conseguir un fin (voluntarios para el ensayo de un fármaco) han de tener la posibilidad de elegir y decidir por sí mismos⁴.

Por su importancia mencionamos también el **Intuicionismo**, corriente enunciada y defendida por Moore y Rawls, que considera lo bueno como lo que intuimos como bueno y esta intuición nos viene dada por nuestra interacción social. Por tanto lo bueno no sería una propiedad natural sino lo que sensatamente pensamos que es así⁸.

III.1.1.3. Consecuencialistas.

Dentro de las teorías consecuencialistas hacemos mención al Utilitarismo por ser la más destacada entre las que se fundamentan sobre la base de que lo importante son las consecuencias de los actos. Su origen lo encontramos en las publicaciones de Jeremy Bentham (1748-1832) y John Stuart Mill (1806-1873). Consideran, estas teorías, que lo que nos debe guiar es obtener el máximo beneficio o el mínimo perjuicio, midiendo los actos humanos en cuanto su producción de beneficio máximo.

Sin embargo el problema surge al definir qué es lo más útil, cuales son los valores más importantes. Todos coinciden en que el mayor bien se mide por el “*valor intrínseco total del acto*”. Pero a la hora de definir estos valores no hay acuerdo. Bentham, lo hace en términos cuantitativos de felicidad o placer y Stuart Mill, en términos cualitativos que beneficien a la humanidad (o al mayor número posible), frente a los beneficios individuales. Otros autores consideran que hay valores, además de la felicidad y el placer, que tienen una relevante importancia intrínseca. Aún así no hay una escala de valores establecida⁴.

El Utilitarismo defiende, por tanto, la satisfacción de los deseos de las personas. Pero no da importancia al deseo de una persona en concreto sino a los deseos de muchas personas juntas y cuantas más sean mejor. Buscan la mayor felicidad para el mayor número. Por tanto, en ocasiones, los intereses individuales son sacrificados por los intereses generales siempre que estos últimos comporten un mayor beneficio. Una decisión y un acto es bueno si tiene consecuencias buenas para la mayoría⁸.

Los utilitaristas se clasifican en utilitaristas de regla, que son los que valoran la utilidad y las consecuencias de las reglas generales que determinan qué actos son correctos y cuáles no, y los utilitaristas de acto, que lo único que califican son los actos en función de sus consecuencias y su utilidad dejando al margen las reglas.

Para un utilitarista de regla mentir a un enfermo, aunque en ocasiones pueda mejorar su salud, no debe hacerse pues el uso generalizado de la mentira acarrearía consecuencias negativas a nivel general. En cambio, para un utilitarista de acto, esta forma de pensar de los utilitaristas de regla, en ocasiones, no conlleva el bien general y, por ello, consideran que esa directriz general de no mentir no tiene por qué ser cumplida.

Hay una tercera vía que defiende que hay que hacer lo que sea más rentable en cada momento y, por tanto, estaría más cerca de la corriente Utilitarista de acto⁴.

III.1.1.4. De los Principios.

La teoría ética Principialista asienta sus bases en cuatro principios básicos, entendidos como principales, (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) y una serie de reglas.

Estos cuatro principios derivan de la tradición médica y de la moral común. Los principios de beneficencia y no maleficencia estaban contemplados desde los inicios de la medicina pero el principio de autonomía y de justicia son de adquisición más reciente.

Las reglas (veracidad, confidencialidad, intimidad, fidelidad, etc.) deben ser formuladas para guiar los actos y definir quién puede y debe realizar los actos, es decir quién tiene la autoridad de decidir y cuáles han de ser los procedimientos utilizados⁴.

Por tanto, las teorías éticas basadas en los principios, sirven para definir un comportamiento moral y, a su vez, poder hacer un juicio ético sobre las actitudes de los médicos. Comparten con el Utilitarismo y el Kantismo el énfasis en los principios que obligan. Pero éstas son monistas, se basan en un solo principio, universal y absoluto, que explica todas las pautas de acción, mientras que las de los principios son pluralistas y en ellas al menos dos principios no absolutos marcan el nivel general del argumento normativo¹.

Las dos teorías basadas en los principios que más aceptación tienen son la de Frankena y la de W. D. Ross. El primero defiende los principios de beneficencia y justicia (postulado de Hume) considerando que ambos definen la esencia de la perspectiva moral. Ross, en cambio, defiende los principios morales de la fidelidad, compensación, gratitud, obligaciones de enmienda personal, justicia, beneficencia y no maleficencia. Según él, estos principios expresan obligaciones "*prima facie*"⁴.

Según Beauchamp y Childress, un principio "*prima facie*" es una... "*guía de acción normativa que establece las condiciones de permisividad, obligatoriedad, corrección o incorrección de los actos que entran dentro de su jurisdicción*"⁴. Las normas así consideradas indican que la obligación del principio que enumeran debe cumplirse siempre, salvo cuando entre en conflicto con otra obligación moral de igual o mayor magnitud.

Entramos en el ámbito de la valoración de los actos y de sus consecuencias. Todo acto tiene su valoración en sí mismo y, además, por las consecuencias que produce y en función de esto se decidirá si se realiza o no ese acto. Por ejemplo: matar o ayudar a morir a una persona que lo solicita porque padece un sufrimiento insoportable puede ser un acto admisible pues puede suponer acabar con el sufrimiento y en caso de hacerlo implicaría, además, respetar el principio de autonomía, sin embargo entra en conflicto con una norma moral superior que es el respeto a la vida. Esta es la diferencia entre obligación "*prima facie*" y obligación real⁴.

La obra de Beauchamp y Childress es la máxima expresión de la corriente ética Principialista. Ellos proponen que los problemas éticos que el ejercicio de la medicina plantea pueden ser analizados y, en ocasiones, resueltos en base a los cuatro principios citados al principio, que se consideran fundamentales, y las normas que derivan de éstos⁶.

La ética de los principios justifica los actos desde lo que Rawls define como "*equilibrio reflexivo*" que consiste en un equilibrio entre los juicios individuales de cada uno y los juicios morales de la comunidad. Y este equilibrio reflexivo debe ser completado por un criterio que emane de las creencias morales de la humanidad, que hemos ido asumiendo a lo largo de la historia y han cuajado en una serie de principios morales que son evidentes y ciertos por sí mismos, sin necesidad de justificación, pues la simple coherencia estructural interna del sistema moral es suficiente (coherenterismo rawlsiano)⁶.

La ética Principialista está volcada hacia la práctica pues pretende aportar herramientas que nos permitan resolver problemas éticos que surgen en el ejercicio de la medicina. Entiende que los principios prácticos no pueden ser reducidos a los contenidos de los códigos de ética profesional o a las normas desarrolladas por las naciones sino que deben ser más generales para poder completar y criticar si son necesarios esos códigos y normas⁶.

Como decíamos más arriba, además de los principios, enumera una serie de reglas derivadas de éstos que sirven de guía a los actos de las personas. Estas reglas se denominan: reglas sustantivas, reglas de autoridad y reglas de procedimiento, que describimos someramente siguiendo a Simón⁵:

Las reglas sustantivas serían... *“reglas de veracidad, confidencialidad, privacidad, fidelidad, y varias reglas referidas a la distribución y racionamiento de la atención sanitaria, a la omisión de tratamientos, al suicidio asistido y al consentimiento informado”*.

Las reglas de autoridad determinan quien debe tomar las decisiones, quien debe sustituir al paciente incapaz, quien debe decidir la distribución de los recursos, etc.

Y, por último, las reglas de procedimiento delimitan la aplicación de las anteriores en contextos concretos.

Los cuatro principios: no maleficencia, justicia, autonomía y beneficencia, se pueden dividir en dos niveles, primer nivel llamado de ética de mínimos y segundo nivel llamado de ética de máximos.

El primer nivel, que define la ética de mínimos, incluye los principios de no maleficencia y justicia y se refiere sobre todo a una dimensión pública, que obliga a todos. Recoge las situaciones en que puede verse amenazada la integridad física o social de las personas estableciendo la obligación de las instituciones y de los sanitarios a ofrecer e indicar procedimientos diagnósticos y terapéuticos efectivos a los que el paciente pueda acceder de forma justa y equitativa.

El segundo nivel, ética de máximos, incluye el respeto a la autonomía y el principio de beneficencia y se refiere al ámbito más privado de la relación clínica entre el paciente y la familia con el médico. Proporciona opciones y toma de decisiones concretas desde los valores propios del individuo que se ve influido por su propio entorno cultural, familiar y social⁶.

Para terminar, decir que la ética de los principios es la teoría más aceptada por la comunidad científica actualmente. A la hora de enjuiciar la eticidad de los actos médicos se vienen utilizando los principios y reglas que ésta define en las Comisiones Éticas Asistenciales y de Investigación del mundo occidental, generalmente. Por ello hacemos una breve descripción de los principios que defiende.

III.1.1.4.1. Beneficencia.

El principio de beneficencia es el que obliga a actuar en beneficio de otros.

Este principio se entiende como obligación, pero haciendo distinción entre una obligación de carácter general o inespecífica de promover el bien para los otros, siempre que no acarree un sacrificio importante o altere nuestros planes de vida, y una obligación moral específica para con personas concretas, como el caso del médico con sus pacientes. Pero es difícil establecer cuando sí y cuando no se pueden exigir responsabilidades morales a los médicos por no ser benéficos y hasta donde se pueden exigir esas responsabilidades. De éste principio derivan una serie de reglas de enunciado positivo cuyo incumplimiento, habitualmente, no implica repercusiones legales⁶.

Una acción es moral cuando busca lograr beneficios y evitar perjuicios. Pero determinar una clasificación de perjuicios y beneficios no es sencillo. Sin el principio de beneficencia la vida moral carece de sentido porque proporciona el contenido mínimo exigido para que podamos hablar de inquietudes morales⁹.

El principio de beneficencia arranca de los orígenes de la medicina y todas las teorías éticas le aceptan, aunque con matices diferentes. No debe ser confundido con la benevolencia, en cuanto que ésta es un rasgo del carácter que debe estar dispuesto a actuar en beneficio de otros, mientras que el principio se refiere a una obligación, independientemente del carácter del

médico. Tampoco debe ser confundido con el principio de utilidad (a veces llamado de proporcionalidad) que tan solo es una prolongación del principio de beneficencia positiva⁴.

Algunos filósofos no contemplan este principio de beneficencia como una obligación, sino como un ideal virtuoso o acto de caridad, por lo que las personas que no lo cumplen no son moralmente reprobables. Porque estamos obligados a ayudar a los demás, pero no siempre y en todos los casos. Tampoco estamos obligados a actos de altruismo extremos. Por tanto, para ellos, la beneficencia tiene más de ideal que de obligación. Sin embargo hay una serie de reglas de beneficencia que constituyen una parte importante de la moral común. En estas reglas están buena parte de las funciones del médico a la hora de prevenir y tratar la enfermedad⁴.

Como ya hemos dicho, el principio de beneficencia, forma parte de la tradición médica desde los orígenes. Su importancia es tal que ha sido el fundamento ético principal de la medicina en lo que llamamos el “*paradigma ético clásico de la profesión médica*”¹, habiendo sustentado ésta hasta mediados del siglo pasado cuando, haciendo crisis, da lugar a la aparición del moderno paradigma ético en el que el Paternalismo que la fundamentaba, como consecuencia del principio de beneficencia, modifica sus postulados para dar paso a esa nueva ética basada en la autonomía del paciente. Por su importancia hacemos una breve referencia al paternalismo.

*“Paternalismo es el rechazo a aceptar o consentir los deseos, opciones y acciones de las personas que gozan de información suficiente y de capacidad o competencia adecuada, por el propio beneficio del paciente”*¹⁰.

Tradicionalmente se ha considerado que, en la relación médico-paciente, el enfermo está impedido física y moralmente y, por ello, su médico debe guiarlo en ambos campos. Ya el médico hipocrático tenía una clara actitud paternalista, considerando al enfermo carente de autonomía moral, por tanto era él, que quería el mayor bien para el paciente, quien debía tomar todas las decisiones sin tener en cuenta la voluntad de aquel. No obstante tendrá también una “actitud maternal” para hacerle llevadera y agradable su enfermedad¹⁰.

El médico clásico justifica desde el principio de beneficencia todas sus acciones. Incluso la ausencia de ánimo de lucro en el ejercicio profesional. También desde este principio se fija lo que es salud y enfermedad. Es el médico el que dice lo que es una necesidad sanitaria. El enfermo se limita a aceptar lo que el médico establece¹⁰.

En España, la relación médico-paciente fue paternalista y también absolutista hasta la década de los sesenta, cuando los pacientes empezaron a sentirse individuos moralmente autónomos, responsables y libres a la hora de tener una relación con su médico. Una relación de respeto y necesidad entre adultos, no como un hijo con su padre¹⁰.

La discusión sobre el paternalismo arranca de Kant y de Stuart Mill. En lo que se refiere a la medicina se pone de manifiesto en el siglo pasado con el afloramiento de los derechos de los pacientes y del principio de autonomía. Todavía hoy existen controversias sobre el valor del paternalismo. Porque existe un paternalismo pernicioso que implica imposición, engaño y manipulación de la información con limitación de la capacidad de decisión. Pero hay otro paternalismo, derivado de la autoridad principal o predominante y, por tanto, en determinadas circunstancias, la beneficencia médica predomina sobre las decisiones del paciente, sobre todo si éste está tomando decisiones irresponsables⁴.

Partiendo de la base de que, en la medida de lo posible, el médico no debe hacer daño al enfermo, hay quien defiende que a veces se puede hacer daño diciendo la verdad y a veces mintiendo. Por tanto, en algunas ocasiones, por el bien del paciente, cierta información debe ser retenida o comunicada solo a la familia⁴. Esta actitud es la que adoptó Thomas Percival que defendió que siempre hay que decir la verdad a los pacientes excepto en aquellas situaciones en que se trate de un pronóstico infausto que se comunicará a la familia y será ella quien se lo haga saber al paciente. La actitud de paternalismo aminorado de Percival ha llegado hasta nuestros días y será una actitud muy mayoritaria en los médicos a la hora de comunicarse con sus pacientes¹⁰.

La herencia ética de Percival, plasmada en su obra “*Medical Ethics, of a Code or Institutes and Precepts, adapted to the Professional Conduct of Physicians and Surgeons*”,

Londres, 1803, es recogida en el Código de la American Medical Association (AMA) de 1847. En éste código se refleja que hay que evitar al paciente los malos pronósticos que puedan acortar su vida y solo informar a familiares o amigos. Aunque en años posteriores la AMA reformó su código mantuvo la postura referente al paternalismo¹⁰.

El cambio importante comienza con la publicación de “*Principles of Medical Ethics*” en 1957, obra ya citada más arriba, de Beauchamp y Childress. Defiende el principio de beneficencia dejando a un lado el paternalismo, aunque no de forma notoria. Posteriormente, en una revisión de 1980, se aleja completamente de él cumpliéndose así uno de los objetivos establecidos por la AMA¹⁰.

En España, en 1845, se publican unas “Normas Deontológicas” como Apéndice al reglamento de la Organización Médica Colegial en las que se subraya la actitud paternalista del médico. Será con la aprobación del Código Deontológico de 1978, cuando esta actitud desaparezca y surja el Consentimiento Informado como expresión del principio de autonomía que se fundamenta en la consideración del paciente como un individuo autónomo, capaz de tomar decisiones propias. Se define un nuevo principio de beneficencia no paternalista¹⁰.

El Oxford English Dictionary define el paternalismo como “*principio y practica de la administración paternal; el gobierno del padre; la pretensión o intento de atender a las necesidades o de regular la vida de una nación o colectividad del modo en que un padre lo hace con sus hijos*”. Es habitual ver como el propio paciente busca la intervención paternalista del médico, derivada en parte de encontrarse en un ambiente extraño. Según esto podríamos decir que hay ocasiones en que estaría justificado el paternalismo como actitud médica. El niño y el anciano senil, por ejemplo, necesitan una actitud paternalista del médico y de sus familiares. Y con los enfermos incompetentes está más justificado aún, que el padre, el tutor o el juez decidan por ellos⁹. A esto lo llamamos paternalismo fiduciario, delegar en otro la autoridad para que elija lo que más le conviene a uno. Estamos, pues, ante un paternalismo fiduciario cuando el paciente da al médico la autoridad para decidir sobre su tratamiento, con frases como: “Doctor, lo que crea más conveniente para mi” o “Doctor, ¿qué haría usted en mi lugar?”

Pero hay autores que opinan que el paternalismo no está justificado porque viola los derechos individuales y restringe el libre albedrío, atentando contra el principio de autonomía. Argumentan que no puede ponerse en manos del estado o de un conjunto de personas (los médicos) la autoridad y la capacidad de decidir qué es lo bueno para el enfermo sino que éste debe ser libre y decidir por sí mismo⁴.

En el informe Belmont también se define la beneficencia como los actos de bondad y caridad que van más allá de la obligación estricta. Y se especifica con dos reglas generales: no causar ningún daño e intentar los beneficios máximos disminuyendo los daños posibles. El problema aparece cuando, a pesar de correr riesgos, hay que buscar beneficios para el paciente y cuando los beneficios deben ser abandonados precisamente por los riesgos que se están corriendo¹¹.

Esto tiene aplicación a nivel de la investigación, tanto para investigadores que llevan proyectos privados, que tienen la obligación de poner los medios para obtener los máximos beneficios y el mínimo riesgo que puedan ocurrir como resultado de la investigación, como en la investigación científica en general en que los miembros de la sociedad tienen la obligación de conocer los beneficios que se seguirán a largo plazo y los riesgos que conlleva la adquisición de conocimiento y el desarrollo de nuevas formas de proceder a nivel de los distintos campos de la ciencia¹¹.

III.1.1.4.2.No Maleficencia.

Este principio obliga a no hacer daño al enfermo intencionadamente, por acción u omisión.

Las obligaciones que nos impone este principio son más rigurosas que las de beneficencia y en ciertos casos prevalece la no maleficencia sobre la beneficencia, sobre todo en el caso de que haya conflicto entre ambos.

El origen de éste principio lo fijamos documentalmente en el llamado Juramento de Hipócrates, al igual que el de beneficencia. Así mismo toda la ética médica que se desprende del Corpus Hipocraticum está impregnada por estos dos principios. Algún autor, equivocadamente, le ha relacionado con la máxima "*primum non nocere*" pero no parece que este sea el origen, pues este aforismo aparece enunciado por los románticos franceses en el siglo XIX¹.

La mayor parte de las teorías éticas, tanto utilitaristas como no utilitaristas, aceptan este principio e incluso algunos filósofos como William Frankena le incluyen en un solo principio junto al de beneficencia⁴.

En el informe Belmont¹¹ no aparece este principio pues está incorporado al de beneficencia; sin embargo Beauchamp, que formaba parte de la Comisión que lo redactó, lo incorpora a su obra.

De éste principio derivan una serie de reglas de las que las más importantes son: no matarás, no causarás dolor o sufrimiento a los otros, no incapacitarás a los otros, no ofenderás a los otros y no privarás a los otros de las cosas buenas de la vida. Estas reglas son negativas en su enunciado, prohíben cosas, son imparciales y de su no cumplimiento se pueden derivar acciones punibles legalmente en cuanto a que la mayoría están descritas jurídicamente en la figura de la negligencia o de la mala praxis. Por otra parte éste principio está implicado en los tres dilemas clásicos de la medicina: distinción entre tratamientos obligatorios y opcionales, distinción entre matar y dejar morir y el problema de las decisiones de representación⁶.

El concepto de no maleficencia se explica utilizando los términos daño o injuria en términos filosóficos, pero en medicina nos referimos al daño (dolor, incapacidad e, incluso, muerte) que se puede causar al enfermo al hacer algún tipo de maniobra exploratoria o terapéutica. Aparte de las reglas morales que derivan de éste principio, y que ya hemos mencionado, conlleva un criterio que es el del cuidado debido que obliga moralmente a proteger a los demás de los riesgos irracionales o por descuido. La realidad del principio de no maleficencia es bastante compleja pues en él se incluyen las reglas sobre el no tratar (cuándo y cómo) el análisis de los tratamientos extraordinarios frente a los ordinarios, las técnicas de mantenimiento frente a técnicas médicas, efectos intencionados frente a efectos previsibles (regla del doble efecto), tratamientos optativos y tratamientos obligatorios y los análisis sobre la calidad de vida⁴.

Por tanto, con el principio de no maleficencia también hablamos de un hecho del que, por acción u omisión se deriva el final de una vida. Matar implica causar una muerte mientras que dejar morir incluye evitar una intervención sobre la causa de la enfermedad que pueda derivar en la muerte del enfermo. Hablamos de actos voluntarios que implican una actitud activa o pasiva y que son igualmente reprobables⁴.

Al hablar de estos actos entramos en dos de los dilemas éticos probablemente de más calado y repercusión social que se le presentan al médico en su actividad profesional. Eutanasia y Encarnizamiento Terapéutico. Pero debido a la extensión que significa el análisis de estas dos cuestiones éticas, extensión que no podemos permitirnos, por razones obvias, en la parte doctrinal de esta Memoria Final de Doctorado, nos remitimos íntegramente a lo descrito por López¹ en su obra.

III.1.1.4.3. Justicia.

Los filósofos explican la justicia como el trato equitativo en función de lo que se debe a las personas o es propiedad de ellas. Manejan tres conceptos: merecimiento, equidad y titularidad y

afirman que las personas son acreedoras de cargas o beneficios en función de sus cualidades y circunstancias particulares.

Ulpiano, jurista romano del siglo III, define justicia como: "*Justitia est constans et voluntas ius suum cuique tribuens*" (La justicia es la constante y perpetua voluntad de dar a cada uno su propio derecho)¹².

Aristóteles distingue dos tipos de justicias parciales. Una es la Justicia Distributiva y la otra la Justicia Correctiva o Conmutativa. La justicia distributiva afecta a la relación entre el gobernante y sus súbditos, regula el reparto de cualquier cosa entre los distintos miembros de forma proporcional, no igual. Mientras que la justicia correctiva es la que rige las relaciones de las personas privadas entre sí y es estrictamente igualitaria, pues rige el intercambio de productos del mismo valor entre distintas personas¹⁰.

Según los autores del informe Belmont existen varias formulaciones ampliamente aceptadas para la justa distribución de cargas y beneficios. Estas formulaciones son: a cada persona una parte igual, a cada persona una parte según su necesidad individual, a cada persona según su propio esfuerzo, a cada persona según su contribución a la sociedad y a cada persona según su mérito¹¹.

Cuando hablamos de justicia distributiva nos estamos refiriendo a la distribución igual, equitativa y adecuada, regida por unas normas que nos llevan a los términos de la cooperación social. Su ámbito incluye las políticas de reparto de beneficios y cargas como son la propiedad, los recursos, impuestos, privilegios y oportunidades. Al hablar del principio de justicia en ética médica nos referimos a eso, a la justicia distributiva en cuanto asignadora de recursos y reguladora de éstos para la atención médica y la investigación de una forma moral⁴.

Se han propuesto varias teorías acerca de cómo se deben asignar a la sociedad las determinadas cargas, bienes y servicios sociales. Las más aceptadas son las utilitaristas, las libertarias, las comunitaristas y las igualitaristas. Difieren entre sí en las formas de justificación y en el criterio material que cada una destaca. Ninguna de ellas es determinante para la política sanitaria y sus limitaciones son grandes. Esto hace que haya unas controversias importantes en cuanto a la justicia distributiva. No existe un consenso social sobre estas teorías por lo que es habitual contemplar variaciones en la aplicación de los distintos modelos en función de los cambios políticos que sucedan. Según algunos autores la aplicación del principio de justicia se debería hacer reconociendo un mínimo de atención sanitaria dentro de un marco que incorpore normas utilitaristas e igualitarias que tiendan a contrarrestar las situaciones de personas desfavorecidas socialmente⁴.

El principio de justicia, pues, tiene que ver con la igualdad en la distribución de beneficios, en dar lo que es merecido, a lo que se tiene derecho y con el justo reparto de cargas. Parece ser que los criterios basados en la experiencia, edad, necesidad, competencia, mérito y posición social constituyen justificaciones de diferencia en el trato.

Una forma de concebir el principio de justicia es que no se pueden imponer cargas a quien no las merece y que se deben otorgar los beneficios a quien sí los merece no pudiendo ser denegados sin ninguna razón. Otra es que los iguales deben ser tratados igualitariamente pero para ello hay que definir quienes son iguales y quienes no lo son y respecto a que deben ser tratados igualitariamente. Además, habría que definir las consideraciones que justificarían una desviación de la distribución igualitaria. Esas consideraciones podrían ser la experiencia, las carencias, la competencia, los méritos y la posición.

De cualquier manera, es difícil definir los contenidos del principio de justicia pues dependen de criterios materiales, pero sí se pueden enunciar unos deberes muy genéricos: debes proporcionar a las personas aquellos beneficios y ventajas que les correspondan y no debes imponer a las personas aquellas cargas que no les correspondan⁶.

El criterio de justicia se lleva a la práctica en la investigación cuando se procede a la selección de sujetos asegurándose de que no se produce ningún tipo de discriminación, ni individual ni social, en esta selección⁶.

Debemos distinguir el principio de justicia formal inspirado en la proposición aristotélica de que los iguales deben ser tratados como iguales y los desiguales de manera

desigual y los principios materiales de justicia que especifican la forma que debe adoptar la distribución de cargas y derechos. De estos principios destacan seis: a cada persona una parte igual, a cada persona según sus merecimientos, a cada persona según su esfuerzo, a cada persona según su contribución, a cada persona según su mérito y a cada persona el cambio del libre mercado. Estos principios vienen sustentados por distintas teorías: la utilitarista que viene marcada por criterios de máxima utilidad pública, las libertarias que defienden criterios de derecho a la libertad social y económica y buscan modos justos de distribución, las comunitaristas que defienden las tradiciones de la sociedad y las igualitaristas que defienden el igual acceso a los bienes de todas las personas. Todas estas teorías tienen sus ventajas y sus inconvenientes y los principios que defienden pueden caber todos, según las circunstancias, no debiendo prevalecer ninguno sobre otro⁶.

Todo esto es filosofía porque debemos ser conscientes de que en realidad los responsables de canalizar los recursos de que disponen y hacer realidad la justicia distributiva en la sanidad española no son ni el médico ni el paciente, sino la Administración, la Dirección hospitalaria, el Jefe de Servicio, etc.¹⁰.

III.1.1.4.4. Autonomía.

Antes de definir conceptualmente el principio de Autonomía debemos definir lo que supone una acción autónoma, que es aquella que cumple tres condiciones: Intencionalidad, conocimiento y ausencia de control externo. Junto a ellas algunos autores como Diego Gracia añaden una cuarta condición: la autenticidad. Si un acto es intencionado, se ha realizado con completa comprensión y sin control externo pero si no es coherente con los valores y la actitud ante la vida de ese individuo no es auténtico y, por tanto, no es verdaderamente autónomo¹⁰.

Etimológicamente, autonomía viene del griego “autos” (propio) y “nomos” (regla, autoridad o ley). Se utiliza por primera vez para referirse al gobierno de las ciudades-estado griegas. El término ha evolucionado para asumir significados que van desde el autogobierno de territorios hasta la elección del comportamiento individual. Por tanto es un concepto que abarca muchas ideas, en el que no hay mucho acuerdo sobre su naturaleza, su poder, ni tampoco sobre los derechos específicos que otorga. En medicina lo utilizamos para identificar lo que protege el consentimiento informado y para referirnos a la capacidad del enfermo de tener una “negativa informada” ante una actitud terapéutica⁴.

Si nos retrotraemos en el tiempo, siguiendo a López¹, la primera cita documentada del principio de autonomía la encontramos en la Oración Matinal del Médico, de Maimónides, cuando en uno de sus versos implora... “*Concédeme, Dios mío indulgencia y paciencia con los enfermos obstinados y groseros*”. Sin embargo dudamos de que el ilustre cordobés tuviera un concepto aproximado al nuestro, o nosotros al suyo, del principio de autonomía. Siguiendo a éste mismo autor¹ nos encontramos con otra referencia histórica en la Inglaterra de 1767 en el caso judicial de Slater contra los médicos Baker y Stapleton que son condenados por un tribunal londinense por haber roto un callo de fractura mal consolidada al primero y haberle colocado un aparato ortopédico en la pierna sin su consentimiento. Pero no parece que ésta sentencia haya tenido repercusión en la evolución del derecho a la autonomía del paciente. Sí que lo tendrá, en cambio, y de una manera relevante la sentencia del Juez de la Corte de Apelación del Estado de Nueva York, Benjamin Cardozo, en 1914, cuando en el caso de Scholendorf contra la Sociedad del Hospital de Nueva York afirma: “*Todo ser humano y con plenas facultades mentales tiene derecho a determinar lo que va a hacer con su propio cuerpo, y un cirujano que realice una operación sin el consentimiento de su paciente comete una agresión a la persona, siendo responsable de los daños que origine*”¹.

El siguiente gran toque de atención se producirá en el proceso de Nuremberg, cuando se ponen de manifiesto las atrocidades cometidas por los nazis en los Campos de Concentración

con experimentos científicos llevados a cabo sin ningún tipo de respeto a los derechos de las personas y, por supuesto, sin su consentimiento¹.

A partir de aquí las cosas se irán desarrollando más deprisa, en cuanto a la evolución del derecho de autonomía se refiere y, podemos afirmar, que finalizada la II Guerra Mundial y, sobre todo, desde la proclamación en la ONU de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948, recobra vigor en las sociedades occidentales la defensa de los derechos civiles. En la década de los 60, el principio de autonomía comienza a infiltrarse en la sociedad civil calando hasta los estratos más profundos de la sociedad, como es el caso de los pacientes. Estados Unidos fue de los primeros países en recoger las demandas de éstos, reclamando su autonomía mientras que el continente europeo fue bastante más retrasado en estos aspectos⁶.

J. F. Kennedy crea los programas Medicare y Medicaid que permitieron el acceso al sistema sanitario a un gran número de personas que, previamente, quedaban fuera de él. El numeroso colectivo de consumidores sanitarios se organizó y comenzó a tener opinión sobre el sistema. Como consecuencia, cuando la Comisión Conjunta de Acreditación Hospitalaria (organización privada de hospitales americanos) realizó la revisión de su reglamento, negoció con una importante organización de consumidores el reconocimiento de los derechos de los pacientes. Esto fue en 1970. Tres años más tarde se aprueba la primera Carta de Derechos del Paciente por esta misma comisión. En 1974 el Departamento Federal de Salud recomendó a todos los centros sanitarios del país que aceptaran y respetaran dicha carta y en los años siguientes el Estado legisló en ese sentido adquiriendo poco a poco, los pacientes, el derecho de autonomía⁶.

En el continente europeo las cosas han ido más lentas. No fue hasta 1976 cuando se inició el proceso con la Recomendación 779 de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y moribundos y culminó con la firma en Oviedo, el 4 de abril de 1997, por los estados miembros de la Unión Europea, del "*Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*"⁶, del que hablaremos más ampliamente cuando nos refiramos a las leyes.

Entre estos dos sucesos los pasos que se dieron fueron:

En 1979 el Comité Hospitalario de la Comunidad Económica Europea aprobó la Carta del Enfermo Usuario del Hospital en la que insistía en el derecho de los pacientes a la información y el consentimiento.

El Parlamento Europeo aprobó, en 1984, una resolución en la que instaba a los países miembros a la redacción y aprobación de una Carta Europea de los Derechos de los Pacientes.

En 1986 la Oficina Europea de la OMS puso de manifiesto la pobre situación de los derechos de los pacientes en los diversos países europeos. Este informe fue completado en 1993 y se constataba esa desprotección señalando que se estaban poniendo en marcha medidas legislativas encaminadas a paliar estos déficits⁶.

Las teorías sobre la autonomía son muchas y variadas pero todas ellas coinciden en que supone la capacidad de decidir por sí mismo, incluyendo como condicionantes la comprensión, el razonamiento y la reflexión para poder proceder a una elección independiente. Pero nos encontramos con la realidad de que muchas personas en determinadas circunstancias (enfermedad, depresión, anonadamiento...), por ignorancia o por cualquier otra razón no son capaces de tomar decisiones. Por eso en la práctica diaria de la medicina vemos que es difícil que el paciente tome decisiones totalmente autónomas⁴.

El médico tiene la obligación de transmitir la información al enfermo de forma clara y en un lenguaje comprensible en la medida que sea posible. Respetar la autonomía del paciente implica informar, asegurar la comprensión y tener la voluntad de que éste elija lo que cree que es mejor para él, siendo valorado como fin en sí mismo y no como medio para conseguir nuestros fines. Pero no siempre es fácil y, a veces, es imposible. El principio de autonomía no incluye a las personas que por inmadurez, incapacidad, ignorancia u otras razones no tengan capacidad de actuar de forma autónoma⁴.

Por tanto queda claro que el principio de autonomía obliga a la obtención del consentimiento informado de los pacientes capaces antes de abordar ciertas exploraciones, terapias e investigaciones. En el caso de los incapaces recaerá el ejercicio de este derecho sobre sus padres o tutores legales.

Hemos de tener en cuenta que las exigencias específicas del principio de autonomía no están bien delimitadas, por tanto pueden someterse a interpretación con el peligro de que si no le consideramos dentro de un sistema de principios corremos el riesgo de magnificarle. Así nos encontramos con que son muchas las situaciones en las que el peso de la autonomía es mínimo y pesa mucho más el principio de beneficencia y de no maleficencia. Igualmente, como la asistencia sanitaria muchas veces incluye medidas públicas, el principio de justicia se convierte en más importante que el de autonomía⁴.

A raíz de lo que se conoció en el Proceso de Núremberg, ya citado, en cuanto a experimentos en humanos realizados en los campos de concentración nazis, una de las preocupaciones más importantes de la ética médica fue la obtención del consentimiento informado ante las intervenciones o experimentaciones médicas. Daría lugar, lo conocido en este proceso, al primer Código que contempla este aspecto en la investigación y que conocemos como Código de Núremberg. Vería la luz en 1949¹.

Como tal término aparece por primera vez en una sentencia del Tribunal de Apelación de California en 1957 en el caso Salgo contra Leland Stanford Jr. University Board Trustees y que por su interés reproducimos:

*“...un médico viola su obligación hacia sus pacientes, y es por tanto responsable, si retiene cualquier hecho que se considere necesario para que el paciente realice un consentimiento adecuado al tratamiento que se propone”*¹².

Como pone de manifiesto y demuestra sobradamente la autora arriba citada en su brillante Tesis Doctoral, la filosofía y el desarrollo del Consentimiento Informado se produce en los Estados Unidos de América. Hoy día casi todos los códigos éticos de medicina e investigación y las normas institucionales de las naciones libres incluyen la obligatoriedad del respeto a la autonomía del paciente para decidir lo que quiere hacer con su cuerpo y su salud y, por ende, la obligación de obtener el consentimiento informado ante cualquier actuación sobre él y existen una serie de protocolos al respecto en todas las instituciones sanitarias y de investigación.

En principio, pues, podemos afirmar que la consecuencia más importante del Principio de Autonomía es el Consentimiento Informado al que definimos como *“el final de un proceso de comunicación entre el médico y el paciente”*¹².

A lo largo de su corta existencia, el consentimiento informado ha sufrido una evolución rápida e importante que le ha llevado desde que, al principio, la preocupación del médico era la información al sujeto, hasta estos momentos en que lo que prima es la comprensión y el alcance del consentimiento. Así mismo han cambiado, tanto las posturas sobre la función, como la justificación de la necesidad de obtenerlo. De considerarlo un método para proteger el perjuicio potencial que se podía inferir al paciente, ha pasado a un concepto menos definido que es la protección de la elección autónoma y libre del paciente⁴.

Según Beauchamp y Childress⁴ hay dos formas de conceptualizar el consentimiento informado:

La primera parte de la elección autónoma del paciente y podemos definirla como una autorización autónoma para una determinada intervención o participación en un proyecto de investigación. Según esto el sujeto debe aceptar una propuesta y dar su autorización una vez recibida la información. Está limitado a éste asunto concreto y se puede interpretar como una toma de decisiones conjunta en la que el principio de autonomía del paciente queda completamente salvaguardado.

La segunda no está relacionada con la autonomía del paciente sino con las reglas sociales del consentimiento y en ese caso el consentimiento informado sería lo que, según las leyes en vigor, constituye una autorización institucional o efectiva legalmente. Por tanto, no se

parece a los criterios rigurosos en los que se basa el concepto primero. En este caso la justicia solo obliga al médico y a la institución de advertir de los riesgos al paciente.

No podemos entrar, por razones de espacio, en el análisis y desarrollo de la teoría del Consentimiento Informado ni en la fundamentación ética y jurídica de éste para lo cual nos remitimos en su totalidad al estudio de M. López¹², pero sí que queremos hacer una brevísima referencia, por su importancia, a los elementos fundamentales que lo integran.

Definimos, siguiendo a Simón⁶, estos elementos como el conjunto de normas y reglas que nos indican los pasos a seguir para obtener del paciente un consentimiento voluntario, libre e informado sobre la actuación que se pretende, las excepciones a tener en cuenta y las herramientas prácticas de que disponemos para su materialización.

En los pasos a seguir hemos de distinguir dos niveles: Un primer nivel, basado en los principios de no maleficencia y justicia, que contemplaría las reglas encaminadas a asegurar la voluntariedad, información, competencia o capacidad, respeto a las decisiones y el registro material del consentimiento. Y un segundo nivel que, basado en el principio de beneficencia, iría encaminado a la optimización en el respeto a esas reglas.

Las excepciones de cumplimiento, por parte del médico, del deber de obtener el consentimiento informado antes de una actuación exploratoria, terapéutica o investigadora, vendrían fundamentadas en la prevención del peligro que pueda suponer la actuación para la salud pública, por orden judicial, urgencia vital, incapacidad o incompetencia del paciente, rechazo de la información por parte de éste y el privilegio terapéutico.

Por último, las herramientas prácticas para llevarle a cabo son esencialmente dos: las que facilitan la comunicación y la información y las que lo hacen con la evaluación de la capacidad.

Concluimos con que el consentimiento libre e informado es la parte final de un proceso de información y comunicación entre el médico y el paciente y es bueno, tanto por sus valores intrínsecos como por los extrínsecos, porque supone un entendimiento entre personas y no lleva consigo una visión autoritaria de la vida buena ni de los resultados finales de la medicina. En la situación actual, en la que el médico y el paciente suelen ser personas extrañas el uno para el otro, cobra importancia el desarrollo de normas que rijan el consentimiento y que cubran todos los aspectos de la exploración y el tratamiento⁹.

Como colofón decir que, si bien el principio de autonomía supone el reconocimiento de la capacidad de decidir del enfermo, tiene unas consecuencias, de las que destacamos que, desde su reconocimiento e instauración no es la medicina la que define lo que es una necesidad de salud, sino que son los usuarios los que lo deciden y acuden al sistema sanitario para que se les solucionen cosas que no siempre es posible con la consiguiente frustración del usuario y descontento del médico¹³.

III.2.Deontología.

Dice López¹ que deontología...

...“etimológicamente procede de las palabras griegas “deontos” (deber) y “logos” (discurso o tratado) por lo que vendría a significar “tratado o ciencia del deber” y se acoge a la definición etimológica de Peiró¹⁴ quien afirma que es el...

...“Tratado o ciencia del deber médico o de las obligaciones médicas”

Luego ya tenemos una primera definición que la califica de ciencia y, hemos de afirmar, que su valor viene dado por la necesidad de que existan unas normas, unas reglas morales a las que la acción profesional del médico se vea sometida y que éstas sean conocidas a priori por aquel.

Hemos de apuntar la necesidad de que no sea confundida la ética y la deontología pues; mientras la primera impulsa motivaciones, la segunda se ocupa de normativizar conductas.

La expresión práctica de la deontología son los Códigos que según nos dice López¹ son... “*cuerpos propios de doctrina elaborados por los profesionales como miembros de la respectiva corporación de derecho público a la que pertenecen como profesionales liberales*”.

A la par que evolucionaba la sociedad lo hacía, como ya hemos mencionado, la profesión médica y los juramentos de la antigüedad clásica fueron dando paso a estas normas de conducta profesional que llamamos códigos.

Hay una larga tradición codificadora de la conducta profesional. Antes del código de la AMA, que comentaremos a continuación, ya había códigos deontológicos; pero no eran tales en el sentido que hoy damos al término. Se referían a la etiqueta profesional, a los temas morales, a la corrección y el comportamiento, a los honorarios, a los usos y costumbres del médico y a las relaciones con los que ejercían otras formas de tratar la enfermedad que podríamos llamar heterodoxas¹. No es hasta 1847 cuando aparece, de una forma oficial, el primer código deontológico en el sentido que hoy le damos al término. Será la *American Medical Association* (AMA), que se había fundado el año anterior, la que de a la luz y a sus asociados el primero. Vendrá fuertemente influido por el texto de Percival, que ya hemos citado, y será el modelo y espejo en el que muchas naciones y sus correspondientes corporaciones profesionales médicas se mirarán para redactar los suyos¹.

En España la ordenación de la conducta profesional del médico ha pasado por varias etapas que, por razones de espacio, no vamos a analizar. Hemos de fijar el nacimiento de la moderna deontología española en la creación de la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico por el Pleno del Consejo General de Colegios de Médicos el día 24 de Julio de 1976. Sus trabajos alumbrarán el primer Código de Ética y Deontología Médica de la España democrática que será aprobado por la Asamblea General de Presidentes de Colegios de Médicos el 7 de Abril de 1978. El 17 de Noviembre del mismo año el Consejo General lo presentará al Ministro de Sanidad. Por fin será sancionado y entrará en vigor el 23 de Abril de 1979. Era el primer código de la época moderna española que, además, se fundamentaba en el moderno paradigma ético de la profesión médica.

Sería modificado, este código, parcialmente en dos ocasiones (1983 y 1985). En 1990 se aprueba uno nuevo y en 1999 el tercero que terminará su vigencia con el nacimiento del actual en Julio de 2011 y que comentaremos brevemente en su correspondiente apartado.

III.2.1.El Código de Ética y Deontología Médica.

Los médicos en ejercicio en España, además de la obligación de respetar las leyes del país, tenemos la obligación de cumplir, en nuestra actuación profesional, las normas que emanan del Código de Deontología Médica, y su incumplimiento puede ser sancionado.

El código vigente fue aprobado en 2011 y el personal afectado y ámbito de aplicación, como comentábamos, son todos los médicos en ejercicio, dentro del estado español, independientemente de cuál sea su especialidad. El incumplimiento de las normas en él contenidas supone incurrir en falta contra los estatutos de la Organización Médica Colegial (OMC). Falta que puede ser sancionada¹⁵.

Comienza con el Juramento de Hipócrates y con la Oración Matinal del Médico de Maimónides. A continuación un Preámbulo en el que se echa a faltar, en el párrafo dedicado a las actitudes, responsabilidades y compromisos básicos de la profesión médica, una mención expresa al respeto, que debe presidir la actuación del médico, a la libertad y a la autonomía del paciente. El desarrollo estatutario se hace a lo largo de XXI Capítulos que agrupan los 66 Artículos de que consta, una disposición adicional y cinco disposiciones finales.

No es objeto de esta memoria final de doctorado realizar un análisis del Código, que en todo caso no sería especialmente positivo ni de alabanza hacia sus redactores y, por ende, a quien lo aprobó. Si nos atenemos a la definición que hace la RAE¹⁶ de “código” como... *“Conjunto de normas legales sistemáticas que regulan una materia determinada”*, coincidiremos que el subtítulo de “Guía de Ética Médica” que se le aplica no parece lo más adecuado para un elemento regulador que debe acotar espacios de desarrollo de la conducta profesional. Es demasiado amplio por reiterativo y poco sistematizado. Pero, como ya hemos dicho, no es nuestro objetivo comentarlo, sino ahondar en si se atiende, o no, al nuevo paradigma ético de la profesión médica. Y hemos de afirmar que, al igual que lo hicieron los tres anteriores, éste también lo hace.

Razonamos brevemente sólo los puntos más interesantes de nuestra afirmación:

En el capítulo III, dedicado a la relación del médico con sus pacientes, Art. 9, apartado 1, ordena el respeto debido a las convicciones de aquellos, obligando al médico a abstenerse de imponer las propias. Y en los apartados 2 y 3 ordena el respeto a la intimidad en toda su extensión.

El artículo 12 consagra la obligación de respeto al principio de autonomía cuando dice... *“El médico respetará el derecho del paciente a decidir libremente..., la información será la suficiente y necesaria para que el paciente pueda tomar decisiones”* (Apartado 1) y... *“El médico respetará el rechazo del paciente, total o parcial, a una prueba diagnóstica o a un tratamiento”* (Apartado 2). Pero también salvaguarda la libertad de actuación del médico en función de las razones científicas y de sus convicciones éticas. En caso de conflicto, en cualquiera de ellas, quedará dispensado de actuar, previa información al paciente.

Los Artículos 13 y 14 vienen a disponer sobre cuál debe ser la actuación, dentro del respeto al principio de autonomía, en caso de menores e incapaces y a las excepciones de cumplimiento del respeto a este principio. No hace mención explícita ni implícita al privilegio terapéutico.

Los Artículos 15 y 16 indican la obligación de información al paciente, personas por él designadas o representante legal en caso de menor o incapaz y cómo ha de transmitirse ésta. Ordena el respeto al deseo de no ser informado. En el 2º apartado del Art. 16 hace una mínima referencia a las formas de Consentimiento Informado.

Es de destacar las reservas establecidas en los Artículos 19 y 20 respecto a la confidencialidad de los datos contenidos en la Historia Clínica, y el uso que puede hacerse de ellos, independientemente del formato utilizado.

Del Cap. IV queremos destacar la advertencia que hace sobre la práctica de la medicina defensiva. Tema controvertido, indudablemente, pero de difícil interpretación en cuanto a la sustancia del hecho en la redacción que hace. ¿A qué se refiere el código al hablar de medicina defensiva? ¿Cuáles son los límites? Habla también de que los tiempos del acto médico deben ser establecidos por los profesionales. Eso está muy bien ¿Pero saben los redactores y, sobre todo, la junta directiva de la OMC que lo aprobó, los tiempos que el sistema de salud fija para las consultas, tanto en Primaria como en Especializada? Nos consta que sí. No calificamos, por prudencia, la afirmación del apartado 3 del Art. 21. En el Art. 23 especifica la relación con terceros (Industria Farmacéutica y Empresa Pagadora). En nuestro trabajo abordaremos este tema también.

En cuanto al Secreto Profesional Médico queda patente la obligación de cumplimiento en sus distintas formas. Pero lo sistematizamos desde esos aspectos:

Admitimos, tradicionalmente, tres formas de secreto profesional médico¹:

1ª.-El secreto de oficio o de conocimiento. Es el que existía, antiguamente, en la relación médico-médico o médico-discípulo. Hoy, en un mundo globalizado, en plena era de la información, esto ha desaparecido.

2ª.-El secreto ante el enfermo. Propio de la ética paternalista consiste en la no revelación del diagnóstico y el pronóstico al paciente para evitarle la preocupación (en el mejor de los casos). El nuevo paradigma ético de la profesión rechaza el paternalismo y, en todo caso, estaría justificado, excepcionalmente, sólo en el caso del privilegio terapéutico.

Lo deja meridianamente claro cuando en el Cap. III, Art. 15.1, ya citado, dice... *“El médico informará al paciente de forma comprensible, con veracidad, ponderación y prudencia. Cuando la información incluya datos de gravedad o mal pronóstico se esforzará en transmitirla con delicadeza de manera que no perjudique al paciente”*. Como ya hemos comentado más arriba, indica las variantes del destino de la información y la obligación del respeto al derecho a no saber.

3º.-Secreto de lo conocido en la relación médico-paciente. La primera referencia documental está en el Juramento de Hipócrates. A lo largo del tiempo, ésta forma de secreto profesional, ha sido una constante obligada deontológicamente y así permanece.

El Cap. V dedica nada menos que sus cinco artículos con sus numerosos apartados a este asunto. Queda, en nuestra humilde opinión, perfectamente tratado este tema de singular importancia en el que se apoya uno de los pilares de lo que nos ha diferenciado, en cuanto profesión, de los oficios.

Como colofón decir que el resto del Código va a ir desgranando aquellas cuestiones deontológicas que ya venían siendo tratadas en los anteriores y que forman parte de la tradición médica con una puesta al día de los postulados defendidos por la OMC en los últimos años. Por la obligación de no ser excesivamente prolijos no entramos a comentar el resto del contenido de nuestro Código vigente.

Concluimos, pues, con que el vigente Código de Deontología Médica, con sus luces y sus sombras, se adapta a los postulados del moderno paradigma ético de la profesión médica.

III.3. Leyes.

Las leyes que regulan el ejercicio de la profesión médica en España vienen a constituir el tercero de los pilares sobre los que se sustenta dicho ejercicio. Ateniéndonos al ámbito de actuación y competencia establecemos tres niveles:

- 1º.- Las fuentes de las leyes
- 2º.- Las leyes propiamente dichas (Nacionales y Regionales).
- 3º.-La Jurisprudencia.

III.3.1. Las fuentes de las leyes.

Señalamos, como primer ámbito competencial, el de carácter supranacional que nos viene dado por la pertenencia a la Unión Europea. Esta pertenencia establece un marco jurídico de obligado cumplimiento que no puede ser excedido por el ordenamiento de las naciones que la integran. Nos referimos al *“Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina”* conocido como convenio de Oviedo por ser la ciudad en que fue firmado.

En el ámbito nacional tenemos la Constitución Española. Aprobada en 1978 consagra, entre otras cosas, los derechos y deberes de los españoles que tienen que ser, obligatoriamente,

respetados por las leyes que emanan del órgano legislativo sin que en ningún momento éstas puedan sobrepasar aquellos.

Consideramos, pues, que el Convenio de Oviedo y la Constitución Española pueden ser consideradas fuente de las leyes españolas respecto del asunto que nos ocupa. Las analizamos someramente desde el punto de vista de afectación al moderno paradigma ético de la profesión médica.

III.3.1.1. El Convenio de Oviedo.

El día 4 de Abril de 1997 fue firmado en Oviedo, por los representantes de los países de la Unión Europea, el “*Convenio para la protección de los Derechos Humanos y la dignidad del Ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*” que había sido aprobado por el Comité de Ministros de la Unión Europea el 19 de Noviembre de 1996 y al que comúnmente conocemos como Convenio de Oviedo. En España fue ratificado por el Jefe del Estado el 23 de Julio de 1999 y entra en vigor el 1 de enero de 2000¹⁷. Es el primer instrumento internacional, en esta materia, que tiene carácter jurídico vinculante para los países que integran la Unión y los que en un futuro se integren en ella. Al ser una norma que excede la soberanía nacional es la de mayor rango de cuantas nos atañen en este campo.

Su objetivo es adoptar las medidas adecuadas, en el ámbito de las aplicaciones de la biología y la medicina, para garantizar la dignidad del ser humano y los derechos y libertades fundamentales de la persona. Crea un marco común para la protección de éstos derechos y, posteriormente, los países que lo ratifican han de ajustar sus propios cuerpos legislativos para garantizar que se preserva esta dignidad¹⁸.

Viene a liquidar definitivamente el paradigma ético clásico de la profesión médica asentando el reconocimiento de la autonomía del paciente desde la ponderación y el establecimiento de los derechos de los pacientes a la información y al consentimiento informado como partes más fundamentales. En síntesis viene a liquidar lo anterior y a ratificar, desde el punto de vista legal, el nuevo paradigma ético de nuestra profesión. Lo analizamos someramente:

Ya desde el Capítulo I, de las Disposiciones Generales, se explica el objeto y la intencionalidad queda patente: proteger al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizar a todas las personas el respeto a su integridad y demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Destacando que el interés y el bienestar del ser humano deberán prevalecer sobre el interés exclusivo de la sociedad o la ciencia.

El capítulo II aborda lo referente al consentimiento informado: “*Una intervención en el ámbito de la sanidad solo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya dado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias*”¹⁹.

En este capítulo se describen, así mismo, las excepciones a este consentimiento informado, contemplando la protección de personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento y especificando que solo podrá realizarse una intervención en estas personas cuando redunde en su beneficio directo y la intervención solo podrá realizarse con autorización de su representante legal o, en su defecto, persona o institución designada por la ley. En el caso de un menor su opinión será tomada en consideración en función de su edad y grado de madurez. De igual modo, especifica que una persona con trastorno mental grave solo podrá ser sometida sin su consentimiento a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno

cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud. Además considera excepciones al consentimiento:

1. Cuando debido a una situación de urgencia no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podría procederse a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico.

2. Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica, si en el momento de la intervención el paciente no se encuentra en situación de manifestar su voluntad.

En el capítulo III se trata el respeto a la vida privada del paciente, cuando se refiera a informaciones relativas a su salud, así como el derecho a la información, respetándose del mismo modo la voluntad de la persona a no ser informada.

El capítulo IV versa sobre el genoma humano, el V la experimentación científica, el VI la extracción de órganos y tejidos de donantes vivos para trasplantes. Y así, sucesivamente, hasta un total de XII capítulos que no vamos a desglosar pues quedan fuera del interés de nuestra tesis. El XIII desarrolla las Enmiendas al Convenio y en ellas se menciona al Comité Director para la Bioética (CDBI) y se le da la responsabilidad sobre cuestiones jurídicas relativas a la interpretación del presente convenio.

En definitiva, y como colofón, este Convenio de Oviedo viene a consagrar y regular el nuevo paradigma ético de la profesión médica.

III.3.1.2. La Constitución Española.

La otra fuente de la legislación, la Constitución Española, regula los temas sobre ética médica en diferentes artículos.

El Artículo 15 regula el derecho a la vida y a la integridad física y moral.

El Artículo 16 viene a proteger la libertad ideológica, religiosa y de culto de los individuos y las comunidades. Igualmente protege las decisiones del paciente contrarias a la aceptación de un tratamiento que vaya en contra de sus creencias religiosas.

El Artículo 17.1 determina el derecho a la libertad del paciente y a la seguridad de éste.

El Art. 18.1 regula el derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen.

El Art. 43 reconoce el derecho a la protección de la salud, encomendado a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública, tanto en la prevención como en el tratamiento, así como el establecimiento de los derechos y deberes de todos los ciudadanos a lo largo de sus tres apartados.

Y, por último, el Art. 51.1 garantiza la protección, por parte de los poderes públicos, de los derechos de consumidores y usuarios protegiendo, mediante procedimientos eficaces, la seguridad, la salud y los legítimos intereses de los mismos.

La constitución no tiene respuesta a todos los dilemas bioéticos, pero fija un marco normativo y unas directrices vinculantes, de tal forma que ante cuestiones éticas discutibles siempre tendremos la referencia inmediata de la Constitución²⁰.

III.3.2. Las Leyes Propiamente Dichas (Nacionales y Regionales)

III.3.2.1. La Ley de Autonomía del Paciente

Al entrar en vigor el Convenio de Oviedo ocurrió que, en algunos aspectos, desbordaba el, hasta entonces, marco referencial que era la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, que fue la primera en España que venía a regular las actuaciones en materia de salud desde el nuevo paradigma ético de la profesión médica. Así explicitaba una relación de derechos del paciente en su Art. 10: *“Todos tienen los siguientes derechos con respecto a las distintas administraciones públicas sanitarias:...”*²¹. Pero, como hemos dicho más arriba, se vio en muchos aspectos desbordada por lo que hubo que adecuar la normativa vigente al Convenio de Oviedo. Así surge la Ley Orgánica 41/2002, de 14 de Noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica²². Y viene a desarrollar cuestiones que la Ley General de Sanidad de 1986 trataba de manera insuficiente a la vez que introduce nuevos conceptos jurídicos.

Los contenidos fundamentales de ésta ley, por lo que atañe a nuestra Tesis los podemos sintetizar en que asegura normalmente el derecho a la información sanitaria, a la intimidad del paciente y respeto a su autonomía¹⁸.

Hacemos una breve referencia a cada uno de estos apartados:

1. Derecho a la Información.- Considerado pilar básico en la relación médico paciente. Determina la obligación del médico con respecto al paciente y su familia, en caso de que el paciente lo permita, corrige a la ley de sanidad que afirmaba que la información al paciente debía ser completa y continuada, verbal y escrita y lo sustituye por *“información adecuada”* que implica más bien información suficiente y adaptada a la persona que lo recibe¹⁸. Lo contempla el Capítulo II que establece el derecho a la información sanitaria, regulando este derecho los artículos 4 y 6 y su titularidad el 5.

2. Derecho a la intimidad.- Se concreta en la confidencialidad de la historia clínica y de los datos que en ella se contienen por parte de los médicos y de todo el personal sanitario y no sanitario que forman parte de la institución.¹⁸

3. Respeto a la autonomía del paciente.- Dedicada el capítulo IV y, concretamente, cuatro de sus seis artículos (8 al 11, ambos inclusive) al Consentimiento Informado al que define como: *“La conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud”*²². De éste dice, en el Art. 8, que habrá de ser verbal salvo en los casos de intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticas invasores y todos los que supongan riesgos o inconvenientes, de notoria y previsible repercusión negativa, sobre la salud del paciente, en los que habrá que ser escrito, sin que dicho acto sea irreversible. En los siguientes, hasta el Art. 11, describe las características del C.I.

Destaca, en definitiva, que una atención de calidad requiere el respeto a la autonomía de la persona lo que implica, obligatoriamente, escucharla, informarla adecuadamente, recabar su consentimiento y registrar todo el proceso¹⁸. Estas actuaciones llevan un tiempo considerable que en ocasiones no podemos o no queremos dedicar en nuestra labor asistencial.

III.3.2.2. La legislación Regional en Castilla –La Mancha.

Como ya hemos dicho, la entrada en vigor del Convenio de Oviedo supone una adecuación obligada de la legislación española. Por ello nace la Ley Orgánica antes citada. Pero esto lleva aparejado que las comunidades autónomas han de adecuar igualmente la suya. Por lo que respecta a la Comunidad Autónoma de Castilla–La Mancha, ámbito territorial de nuestro trabajo, se tardará y será la Ley 5/2010, de 24 de Junio, sobre Derechos y Deberes en Materia de Salud de Castilla–La Mancha²³ la que venga a cumplir con este menester.

No es objeto de esta Tesis hacer un análisis de esta ley sino destacar aquellos aspectos alineados en el nuevo paradigma ético de la profesión médica. Por ello aludimos sólo a los que hacen mención a sus postulados

El capítulo I establece los derechos a intimidad y confidencialidad desarrollándolos a lo largo de los artículos 4-8.

El capítulo II desarrolla los derechos relativos a la información sanitaria, asistencial, epidemiológica y no asistencial tales como cartera de servicio, formas de acceso...

El capítulo III dedicado a la autonomía de la voluntad. En sus artículos 14 y 15 viene a garantizar el derecho a la libre determinación del paciente, habiendo éste recibido la información adecuada, para elegir de forma autónoma dentro de las distintas opciones expuestas por el profesional.

El artículo 16 define y garantiza las características que debe tener la información que se proporciona al paciente antes de recabar su consentimiento. Se hace hincapié en que el consentimiento informado ha de ser un proceso de diálogo y de decisión compartida, basado en la comunicación oral, acorde con la tradición profesional y el respeto a la libertad individual y sólo en aquellos casos en los que pudiera darse un hipotético y futuro conflicto con el paciente y/o familiares o allegados de este, se habrá de dejar constancia por escrito del compromiso adquirido del contrato civil. Por tanto, la información se transmitirá normalmente de forma verbal salvo en cirugías, procesos invasivos diagnósticos y terapéuticos y aquellos procedimientos que puedan suponer un riesgo cierto o previsible como puede ser el acto anestésico. Todas esas excepciones se especifican en el apartado 3 del Art. 18.

En cuanto al derecho a renuncia de información, el artículo 17 afirma que ha de ser respetado este derecho.

En el título IV, al establecer los deberes de los profesionales recalca aspectos ya mencionados como el obligado respeto a las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por los pacientes, cumplir los deberes de información y guardar el secreto profesional.

III.3.3.La jurisprudencia.

La jurisprudencia, emanada desde los Tribunales Superiores de Justicia y desde el Tribunal Supremo, se ha encargado de dejar claros ciertos aspectos mediante la interpretación y aplicación de las leyes, pues como en otros campos, a la hora de concretar, las leyes pueden resultar ambiguas.

Las decisiones a este nivel han venido a apoyar el cambio de paradigma ético desde la ética paternalista a una ética en la que prima la libertad y autonomía del paciente, a la hora de decidir sobre su futuro y el respeto al que el médico viene obligado sobre estas decisiones, cuando sean tomadas libremente desde la capacidad del individuo para poder hacerlo y en el caso de que carezca de esta capacidad por aquellos que tienen la responsabilidad, adquirida u otorgada, para representarlos.

En este sentido la mayor parte de la jurisprudencia de que disponemos versa sobre sentencias en las que acusan de daño inferido por falta de información previa, es decir, por no existir una adecuada información consentida acerca de intervenciones realizadas. A fin de no ser excesivamente prolijos trasladamos tres sentencias recientes, en este sentido.

Sentencia 69/2005 del 8/2/2005 del Tribunal Supremo ... *“Respecto al facultativo, su responsabilidad se infiere por **falta de información adecuada** de la realidad de tal operación, la cual no garantiza la posibilidad de futuros embarazos, lo que motiva que se desarrollara sin el debido consentimiento informado del paciente, vulnerándose por ello la *lex artis ad hoc* aplicable al caso, derivando la responsabilidad de la clínica demandada del hecho de permitir*

tal comportamiento y en ser sucesora empresarial de la primera en la que se realizó la intervención de la que trae causa la presente reclamación”.

Sentencia 308/2005 del 11/07/2005 de la Audiencia Provincial de Les Illes Balears

*...“Declaro la responsabilidad solidaria de los Doctores demandados, en cuanto a los daños y perjuicios ocasionados a la actora, por causa de la **no adecuada información consentida** acerca de la intervención quirúrgica practicada en sus senos”.*

Sentencia 168/2007 del 13/03/2007 de la Audiencia Provincial de Barcelona ...“**no informar antes** de la operación de hernia discal de los posibles riesgos de la misma y las alternativas a aquella”.

IV. MATERIAL Y MÉTODO

Con el fin de fundamentar el estudio de campo, esta Memoria final de Doctorado analiza en una primera parte los tres pilares básicos sobre los que se apoya el ejercicio profesional médico. Para su elaboración hemos seguido el método de investigación bibliográfica clásico. A saber:

- 1.- Búsqueda de la información en textos, revistas y webs.
- 2.- Selección de ésta y fichaje bibliográfica.
- 3.- Estudio, análisis y fichaje conceptual de la información considerada interesante.

Hemos trabajado con soporte informático, utilizando el programa “FileMaker Pro 8” con el que hemos elaborado una base de datos bibliográfica y conceptual desde la que hemos procedido a la redacción del texto, previa impresión de las fichas en soporte papel para facilitar el estudio y el manejo a la hora de la redacción.

En la segunda parte abordamos, como investigación de campo, la Ética de los problemas diarios en el ejercicio profesional de la Dermatología Medico-Quirúrgica y Venereología en el territorio de nuestra Comunidad Autónoma. A tal fin elaboramos un primer cuestionario encaminado a conocer, además de los datos demográficos, la formación en ética médica y las preocupaciones éticas del dermatólogo titulado en ejercicio en Castilla la Mancha. El segundo cuestionario se elaboró una vez analizadas las respuestas del primero, que nos proporcionaban información sobre la estructura ética y las preocupaciones éticas del profesional, y trata de conocer la actitud ética del dermatólogo y la respuesta que da a los dilemas éticos que se le plantean en el ejercicio diario de su profesión. En definitiva queremos saber si el moderno paradigma ético de la profesión médica ha sido asumido por los dermatólogos titulados en ejercicio en el territorio castellano-manchego o, por el contrario, seguimos anclados en la actitud paternalista correspondiente al paradigma ético clásico de la profesión médica.

Los cuestionarios fueron enviados por correo electrónico y garantizamos el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

Como queda dicho más arriba el trabajo de campo se ha establecido en dos fases:

1ª Fase.- Realizada en el periodo del **30 de Octubre de 2012 al 01 de Marzo de 2013.**

2ª Fase.- Realizada en el periodo del **1 de Octubre de 2013 al 30 de Marzo de 2014**

Como se puede observar hay un periodo de 4 meses entre el inicio de ambas fases. Corresponde al tiempo que nos llevó el análisis de las respuestas obtenidas y la elaboración, una vez estudiadas éstas, del segundo cuestionario, además del descanso vacacional de los compañeros. Queremos significar, pues, que el análisis de la actitud ética y la resolución de los problemas éticos parte del conocimiento de la formación ética de nuestros compañeros y de sus preocupaciones en éste campo.

IV.1. Población Estudiada.

Las encuestas se han dirigido a todos los dermatólogos titulados en ejercicio en la comunidad Autónoma de Castilla La Mancha, independientemente de si el ejercicio es público, privado o mixto. Se han excluido los Residentes de Dermatología de los hospitales castellano-manchegos por considerar que, si bien realizan labores propias de la especialidad, no actúan, habitualmente, en solitario sino en la compañía de un adjunto, por lo que entendemos que su actitud ética y la respuesta a los dilemas éticos que puedan presentársele viene mediatizada por aquél.

IV.1.1. Descripción.

La comunidad autónoma de Castilla-La Mancha consta de 5 provincias (Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara y Toledo). Nos hemos dirigido a cada uno de los cinco Colegios Oficiales de Médicos solicitando certificación del número de compañeros en ejercicio de su demarcación. Adjuntamos las correspondientes certificaciones.

IV.1.2. Cuantificación de la población.

La población estudiada es la suma de los dermatólogos ejercientes en las cinco provincias de la Comunidad Autónoma. Es decir, un total de 60 de los que corresponden:

Albacete	9
Ciudad Real	22
Cuenca	4
Guadalajara	8
Toledo	17
TOTAL	60



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE LA
PROVINCIA DE ALBACETE

NUEVO DOMICILIO:
Plaza del Altozano n.º 11
02001 - ALBACETE

COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
DE ALBACETE
Plaza de la Constitución, n.º 1
Telf. 967 21 58 75 • Fax 967 24 01 13
Apartado de Correos 791
02080 ALBACETE

Sra. Dña Carmen Galera Martín
Av. Francisco Aguirre nº 8
Talavera de la Reina



Estimada Carmen Galera:

En contestación a su pregunta, sobre el número de colegiados en ejercicio con la *especialidad de Dermatología en nuestra provincia*, le informo que el número de médicos dermatólogos inscritos en Albacete es de nueve.

Sin más, reciba un cordial saludo,

Albacete 30 de noviembre de 2012
EL PRESIDENTE



Fdo. : Francisco Parra Rodríguez



Atn. Carmen Galera Martín

Estimada Dra. Galera:

Acuso escrito de fecha 21 de noviembre de 2012, y te informo que en este Colegio Oficial de Médicos de Guadalajara se encuentran inscritos 8 médicos con la especialidad en Dermatología Médico Quirúrgica y Venereología.

Atentamente, reciba un cordial saludo.

En Guadalajara, a cinco de diciembre de dos mil doce.

Fdº.: José María Brihuega Rodríguez
SECRETARIO GENERAL





*Ilustre Colegio Oficial de Médicos
de la
Provincia de Cuenca*

COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS
DE CUENCA
C/ Maestro Pradas, 10-1º c
Telf. 969212333. Fax: 969229623
16001 CUENCA

*Dra. Carmen Galera
Calle Damasquinadores, 19
45600 Talavera de la Reina
Toledo*

Estimada Carmen,

Te informo que el número de colegiados, especialistas en Dermatología con ejercicio en la provincia de Cuenca, al día de la fecha es de 4.

También te informo que debido a la colegiación nacional, puede haber dermatólogos que sin estar colegiados en esta provincia, sí que pasan consulta particular de forma esporádica.

Espero que esta información sirva de ayuda para el buen desarrollo de tu Tesis Doctoral.

Te deseo una Feliz Navidad.

Un cordial saludo.

Cuenca, 19 de diciembre de 2012



Carlos Molina Ortega
Presidente



**ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE MEDICOS
CIUDAD REAL**

**D. LUIS CASERO CUEVAS, SECRETARIO GENERAL DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE MÉDICOS DE LA PROVINCIA DE CIUDAD REAL**

CERTIFICO: Que según los datos obrantes en los ficheros de este Colegio, el número de colegiados en esta provincia con la especialidad de Dermatología a fecha de 27 de noviembre del año 2012, era de 22.

Y para que conste y surta efectos donde proceda expido la presente en Ciudad Real a 20 de octubre de 2014.





COLEGIO OFICIAL DE MÉDICOS - TOLEDO -	
21 FEB. 2013	
SALIDA Nº 155	ENTRADA Nº

Toledo, 18 de febrero de 2013

D^a. Carmen Galera Martín
C/ Damasquinadores, 19
45600 Talavera de la Reina

Estimada colegiada:

Como continuación al correo electrónico enviado en fechas pasadas, le comunicamos que, en la actualidad, en los archivos colegiales de este Colegio Oficial de Médicos de Toledo existen 17 facultativos colegiados registrados con la especialidad de Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo,



[Handwritten signature]
Dr. Bernardino Moreno Medina
Oficial Mayor

Sede: C/ Canarias, 3 - 45005 Toledo
Tlf.: 925221619 - 925212840 - Fax: 925216912
e-mail: comtoledo@comtoledo.org

Delegación: Avda. Constitución, 4 Entreplanta
45600 Talavera de la Reina
Tlf.: 925808514 - Fax: 925808531
e-mail: delegaciontalavera@comtoledo.org

www.comtoledo.org

IV.1.3. Análisis de resultados y variables aplicadas.

Las respuestas obtenidas las analizamos globalmente refiriéndolas en tablas de doble entrada con los resultados obtenidos y la correspondiente gráfica. A continuación enfrentamos estos resultados a las dos variables que hemos considerado de importancia: sexo, mujer o varón, y su ámbito de trabajo, público o privado.

El análisis estadístico se ha llevado a cabo mediante el programa informatizado “IBM SPSS staditistics 19 para Windows”.

IV.2. Encuestas.

IV.2.1. Formato físico.

Como ya ha quedado dicho hemos utilizado el método de correo electrónico para hacérselas llegar a los compañeros. El formato utilizado ha sido el “Survey Monkey”. Se acompañaba una carta de presentación.

IV.2.2. Autorización del Comité de Ética e Investigación del Complejo Hospitalario de Toledo.

Al inicio de ésta investigación se presentó al Comité de Ética e Investigación Clínica del Complejo Hospitalario de Toledo una memoria de la Tesis Doctoral con la solicitud de autorización para proceder a la investigación. Se hizo así, y ante éste Comité, dado que esta doctoranda trabajaba en el Servicio de Dermatología Clínica de dicho complejo hospitalario. Tras su estudio por el Comité se autorizó la realización del trabajo de investigación tal y como queda reflejado en el siguiente documento:

C. E. I. C. SALIDA	sescam
FECHA: 27/04/2012	
N.º 40	

**DICTAMEN DEL COMITE ETICO DE INVESTIGACION CLINICA DEL
AREA SANITARIA DE TOLEDO**

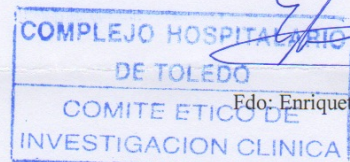
Doña Enriqueta Muñoz Platón, Secretaria del Comité Ético de Investigación clínica del "Complejo Hospitalario de Toledo".

CERTIFICA:

Que este Comité, en su reunión de fecha 25 de abril de 2012, ha evaluado el proyecto de investigación: "ETICA DE LOS PROBLEMAS EN EL EJERCICIO MEDICO DE LA DERMATOLOGIA EN CASTILLA-LA MANCHA". Inv. Principal: **Dra. Carmen M. Galera Martin**. Sº. Dermatología. H.V.S., y considera que:

El CEIC aprueba este estudio.

Lo que firmo en Toledo, 25 de abril de 2012



Fdo: Enriqueta Muñoz Platón

IV.2.3. Contenido.

Carta de presentación a los compañeros:

Querido compañero:

Como último escalón de mi formación de posgrado, abordo la memoria final de doctorado. Y he escogido un tema que no deja de ser controvertido, delicado y difícil. O al menos, a mí me lo parece. En esta etapa que nos ha tocado vivir en el ejercicio profesional médico es innegable que la ciencia ha puesto en nuestras manos un poder extraordinario. Para modular este poder, que maneja bienes primarios de importancia capital como es la vida, el dolor, el padecimiento humano, la miseria y la muerte, es preciso que el médico esté dotado de una carga ética de relevancia y que sus actos se guíen desde una deontología extremadamente depurada. A mediados del siglo pasado el paradigma ético de la profesión saltó por los aires. Hoy tratamos de abrirnos paso en un nuevo referente paradigmático de la ética de la profesión médica que apunta hacia la excelencia profesional y moral.

Y a eso es a lo que voy. Por ello he elegido como investigación de campo de mi Tesis Doctoral la Ética en el ejercicio profesional de la Dermatología y Venereología en el territorio de nuestra Comunidad Autónoma. A tal fin os enviaré dos tipos de cuestionarios: el primero de ellos está encaminado a conocer, además de los datos demográficos, la formación en ética médica que poseemos y cuáles son aquellas preocupaciones éticas que tiene el dermatólogo de Castilla la Mancha. La segunda parte, derivada e influida por la primera, inquiriere sobre la actitud ética del dermatólogo y la respuesta que da a los dilemas éticos que se le plantean en el ejercicio diario de la profesión.

Ni que decir tiene que las respuestas son anónimas, no tratamos de juzgar sino de saber, y serán tratadas con la más absoluta confidencialidad.

Pretendo con este trabajo aportar un diminuto grano de arena, en el campo de la ética y la dermatología, al conocimiento y a la ciencia del que todos podremos servirnos.

Nuestro tiempo es siempre escaso pero te ruego un esfuerzo solicitando y agradeciéndote de antemano tu inestimable ayuda.

Carmen María Galera.

La encuesta propiamente dicha:

IV.2.3.1. PRIMERA ENCUESTA

Consta de diecinueve preguntas estructuradas en tres bloques diferenciados en su contenido y uno de agradecimiento. Tal como ya hemos significado se realizó del 30 de octubre de 2012 al 1 de marzo de 2013.

BLOQUE I: DATOS DEMOGRAFICOS

A continuación se solicitan una serie de datos demográficos

I.1.-Edad:

I.2.-Sexo:

- Varón
- Mujer

I.3-Puesto de trabajo:

- Adjunto
- Ejercicio Privado

I.4- Años de ejercicio:

BLOQUE II: FORMACION Y CONOCIMIENTOS EN ETICA DEONTOLOGIA MÉDICA Y LEYES REGULADORAS DEL EJERCICIO PROFE

Con las preguntas que le hacemos a continuación queremos saber la formación recibida sobre los tres pilares que sustentan el ejercicio profesional médico (ética, deontología y leyes) antes y después de la obtención de la licenciatura, así como tener una idea de los conocimientos que retiene sobre estos aspectos

II.1. Recibió formación en ética y deontología médica durante la licenciatura.

- Si
- No

II.2. ¿La ha recibido después de la licenciatura?

- No
- Si, autoformación
- Si, cursos, máster, o doctorado
- Si, otros

II.3.- ¿Considera que la ética médica debería formar parte del programa académico dentro de la licenciatura en forma de asignatura obligatoria?

- Si
- No

II.4 ¿Considera que la ética médica es una disciplina que debe ser promocionada como parte de nuestra formación durante la especialización en dermatología?

- Si
- No

II.5.- ¿Piensa que una buena formación en ética y deontología médica evitaría problemas y conflictos con los pacientes?

- Si
- No

II.6.- ¿Qué conocimiento tiene de las cuatro teorías éticas que afectan al ejercicio profesional ético consideradas por la comunidad científica como principales? (Ética de la Virtud, Deontologismo, Consecuencialismo, Ética de los principios)?

- Bueno
- Regular
- Malo
- No lo conozco

II.7 ¿Qué conocimiento tiene de los cuatro principios éticos que afectan al ejercicio profesional ético consideradas por la comunidad científica como principales (Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Autonomía)

- Bueno
- Regular
- Malo
- No lo conozco

II.8 Si su respuesta anterior no ha sido negativa ordene los cuatro principios médicos enunciados de mayor a menor importancia (1. Más 4 menos importante)

	4	3	2	1
Beneficencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No Maleficencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Justicia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autonomía	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

II.9 ¿Conoce el código de ética y deontología médica actualmente vigente, (julio 2011)

- Perfectamente
- Regular
- No lo conozco

II.10 ¿Conoce la fuente de las leyes que regulan el ejercicio profesional médico? (Constitución española, y convenio de Oviedo)

- Perfectamente
- Regular
- No lo conozco

II.11 ¿Conoce las principales leyes nacionales que regulan el ejercicio profesional médico (Ley General de Sanidad, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Ley de Autonomía del paciente...)?

- Perfectamente
- Regular
- No lo conozco

II.12 ¿Conoce la principal ley de Castilla-La Mancha reguladora del ejercicio profesional médico (Ley 5/2010 24 junio sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla la Mancha)?

- Perfectamente
- Regular
- No lo conozco

BLOQUE III: PREOCUPACIONES ETICAS DE LOS DERMATOLOGOS DE CASTILLA LA MANCHA.

La preocupación del médico es difícil de cuantificar en cuanto atañe, no solo a la esfera científica sino también a la de las percepciones y los sentimientos. Al hablar de ética todo se complica un poco más, pues siendo ésta una ciencia, y a pesar de ello, tiene un componente importante de percepción y sentimiento. En juego entra lo que hay más allá de la ciencia, de la deontología y de las leyes: lo que habita en el corazón del médico.

Es posible que las cuestiones que desgranamos en los tres bloques siguientes no afecten de la misma manera a todos los compañeros en ejercicio, según sea éste público o privado, pero indudablemente forman parte de nuestra vivencia profesional.

Proponemos la siguiente cuantificación:

- 4.- Me preocupa mucho
- 3.- Me preocupa moderadamente
- 2.- Me preocupa poco
- 1.- No me preocupa

III.1 En relación a los siguientes conceptos que se refieren a problemas éticos sobre asuntos que le afectan como médico en primera persona, indique el grado de preocupación que le producen según la siguiente escala:

	4	3	2	1
Nivel de formación técnica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nivel de formación ética	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Formación continuada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiempo para el estudio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con los compañeros del Servicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con los compañeros de otros Servicios y Atención Primaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Secreto profesional médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seguridad en el puesto de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III.2 En relación a los siguientes conceptos que se refieren a los problemas éticos surgidos en la relación médico-enfermo, indique hasta que punto representan un problema en su actividad profesional cotidiana.

	4	3	2	1
Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención al paciente inmigrante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención al paciente "difícil" (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Receta de complacencia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Consentimiento informado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III.3 En relación a los siguientes conceptos que se refieren a problemas éticos surgidos en la relación con terceros, indique el grado de preocupación que le producen según la siguiente escala:

	4	3	2	1
Horario laboral y presión asistencial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Honorarios profesionales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Carrera profesional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Organización del Servicio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presión de la administración respecto al gasto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Historia clínica y su seguridad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Respaldo jurídico de la Administración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relación con la Industria Farmacéutica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

IV.2.3.2. SEGUNDA ENCUESTA

Consta de cuarenta y siete preguntas estructuradas en siete bloques diferenciados en su contenido. Tal como ya hemos significado se realizó del 1 de octubre de 2013 al 30 de marzo de 2014.

V. ACTITUD ÉTICA DEL MÉDICO DERMATOLOGO

V.I. Frente al Estudio y la Formación Continuada.

V.I.1. ¿Considera que el ejercicio de la dermatología es un servicio basado en el conocimiento científico, la destreza técnica y las actitudes éticas?

- si, las tres
- solo conocimiento y técnica

V.I.2. Si su respuesta anterior ha sido afirmativa, ¿Se considera formado en esos tres aspectos?

- totalmente
- suficientemente
- regular

V.I.3. ¿Considera que cumple con el deber ético del estudio?

- si
- no
- no tengo tiempo
- no lo necesito

V.I.4. ¿Cómo considera la realización de actividades de formación continuada?

- imprescindibles
- necesarias
- convenientes
- no necesarias

V.I.5. ¿Considera que la institución donde presta sus servicios debería proteger un tiempo para su formación continuada?

- si
- no
- no es necesario

V.I.6. ¿Qué opinión le merece el que la Industria Farmacéutica contribuya a la formación continuada del dermatólogo?

- imprescindible
- necesario
- es poco ético

V.II. En la Relación con el Paciente.

V.II.1. ¿Considera que el tiempo de que dispone para cada paciente es suficiente?

- si
- no

V.II.2. Consciente de la asimetría que existe entre Vd. y su paciente ¿Cuál es su actitud en la relación con él?

- paternal y protectora
- meramente técnica
- de información y respeto a sus decisiones

V.II.3. A la hora de la aplicación terapéutica ¿Qué valora?

- costo/beneficio esperado
- cumplimiento de protocolos

- bienestar y satisfacción del paciente
- opinión y decisión del paciente
- • las cuatro variables

V.II.4. ¿Qué tipo de información considera que debe proporcionar al paciente, cuando el proceso morboso tiene un pronóstico malo o infausto?

- exhaustiva
- superficial
- adaptada a su capacidad

V.II.5. ¿Por qué hace uso del Consentimiento Informado?

- por imperativo legal
- porque es un protocolo mas que hay que aplicar
- por convencimiento de que el paciente tiene derecho a conocer y decidir

V.II.6. ¿Que porcentaje de pacientes considera que están capacitados para comprender y decidir sobre su proceso morboso y la terapéutica a aplicar?

- 25%
- 50%
- 75%
- 100%

V.II.7. ¿Considera que la entrega del Consentimiento Informado a sus pacientes debe ir acompañada de información verbal?

- si
- no
- sólo si preguntan

V.II.8. ¿Cómo considera que debe ser la información, sea oral o escrita, proporcionada al paciente en el procedimiento de Consentimiento Informado?

- exhaustiva
- superficial
- adaptada a su capacidad

V.III. En la relación con la empresa, el centro de trabajo, los compañeros y la industria farmacéutica.

V.III.1. ¿Considera que la falta de incentivación económica, y de desarrollo profesional le está produciendo un cierto acomodamiento y conformismo en el ejercicio profesional?

- si
- bastante
- un poco
- nada

V.III.2. ¿Considera que las medidas que se están tomando respecto al tiempo de trabajo, honorarios y fiscalidad, entre otras, afectan a la calidad de su ejercicio?

- si
- bastante
- un poco
- nada

V.III.3. ¿Considera que estas medidas son las adecuadas para corregir los problemas del actual sistema sanitario?

- si
- posiblemente si
- para nada

V.III.4. Dada la presión que está ejerciendo el sistema sobre el gasto ¿Considera vulnerada su libertad de actuación y libre prescripción?

- si
- bastante
- un poco
- nada

V.III.5. ¿Influye en usted, a la hora de prescribir un tratamiento, el coste de este?

- si
- bastante
- un poco
- nada

V.III.6. ¿Cómo considera que debe ser la relación entre compañeros?

- de confraternidad
- de amistad
- puramente profesional

V.III.7. ¿Considera ético los reembolsos que se perciben por ensayos clínicos no supervisados por el comité correspondiente?

- si
- dudosamente éticos
- no lo son

V.III.8. ¿Considera ético que la Industria Farmacéutica sufrague los gastos de asistencia a eventos formativos?

- si
- dudosamente ético
- no es ético

VI. RESPUESTA A LOS PROBLEMAS ÉTICOS QUE PLANTEA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA DERMATOLOGÍA

¿Cómo resuelve el dermatólogo los problemas y dilemas éticos que se le plantean en el ejercicio diario? Hablamos de la ética de los problemas. La inmensa mayoría de los dilemas éticos que el dermatólogo tiene que afrontar en el ejercicio profesional se presentan sobre la marcha, en la consulta, en la planta del hospital o en el quirófano. Hay que dar, casi siempre, solución inmediata. Normalmente sin tiempo para consultar con el resto de los compañeros del servicio y, mucho menos, con la Comisión Ética del hospital. Queremos saber qué soluciones da.

VI.I. En la relación con los pacientes.

VI.I.1. ¿Cómo es, generalmente, la relación que mantiene con sus pacientes?

- casi familiar
- cordial
- simplemente profesional

VI.I.2. ¿Qué hace con el paciente “difícil” (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado)

- no le hago caso
- recrimino su actitud
- derivo a otro compañero
- continúo con mi metodo de trabajo, sin hacer caso de su actitud

VI.I.3. Ante la dificultad añadida que supone el paciente emigrante (lengua, cultura, educación...) ¿Qué hace?

- me lo quito de en medio como puedo
- derivo a otro compañero
- me esfuerzo en entenderle y comprenderle

VI.I.4. A la hora de comunicar un diagnostico de pronóstico malo o, incluso, infausto, ¿Qué hace?

- no se lo digo al paciente, sino a la familia
- se lo digo al paciente, transmitiendole toda la información
- se lo digo al paciente, evitando los aspectos mas duros

VI.I.5. ¿Cómo se comporta ante un paciente contagiado por una ETS?

- recrimino su actitud por el gasto que genera y la irresponsabilidad en el contagio
- le recuerdo los deberes que le obligan en cuanto a medidas protectoras y a otros
- le animo a que practique una sexualidad responsable
- respeto su intimidad y le atiendo como a cualquier otro

VI.I.6. Ante una paciente en edad fértil, que debe tratar con retinoides orales y que se niega a utilizar métodos anticonceptivos por razones religiosas, ideológicas o culturales ¿Cómo actúa?

- me niego a continuar con la atencion y/o derivo a compañero
- recrimino su actitud y la conmino a cumplir el tratamiento
- respeto su actitud y busco ttos. alternativos

VI.I.7. En el caso de una menor de 16 años que va a iniciar tratamiento con isotretinoína y que no quiere tomar ACO porque no ha tenido relaciones sexuales ni piensa tenerlas ¿Cómo actúa?

- se compromete a tomar aco o no pauto tratamiento
- explico riesgos, firma el c. i. y pauto
- se lo pauto sin mas
- trato con los padres o representantes legales

VI.I.8. En el proceso de Consentimiento Informado ¿Se asegura, habitualmente, de que el paciente ha comprendido la información proporcionada?

- si
- a veces
- no

VI.I.9. Si, una vez proporcionada adecuadamente la información, el paciente no acepta la medida terapéutica propuesta ¿Qué hace?

- lo presiono hasta que acepta
- hablo con la familia e intento que le convengan
- acepto su negativa y lo anoto en la historia

VI.I.10. Si el paciente, ante una medida terapéutica, manifiesta su deseo de no saber ¿Cómo actúa?

- respeto esa decision y lo anoto en la historia

- le doy la información si quiere como si no
- se la doy a la familia sin que él lo sepa

VI.II. En la relación con los compañeros.

VI.II.1. Si comprueba que un compañero suyo no dispensa el trato adecuado a los pacientes ¿Qué hace?

- hablo con él y trato de corregirle
- hablo con el jefe de servicio
- le demando ante la dirección del centro
- no me doy por enterado

VI.II.2. ¿Y si el problema es de mala praxis técnica?

- hablo con él y trato de corregirle
- hablo con el jefe de servicio
- le demando ante la dirección del centro
- no me doy por enterado

VI.II.3. ¿Y si comprueba que está obteniendo recompensas económicas ilícitas de los laboratorios?

- hablo con él y trato de corregirle
- hablo con el jefe de servicio
- le demando ante la dirección del centro
- no me doy por enterado

VI.II.4. Ante la constatación de un diagnóstico o tratamiento erróneo por parte de un compañero de la propia o de otra especialidad, habitualmente...

- comento al paciente el evidente error
- se lo comento al paciente y trato de disculpar al compañero
- no hago ningún comentario delante del paciente

VI.II.5. ¿Qué opinión le merece el que algunos dermatólogos realicen y supervisen tratamientos estéticos?

- me parece bien, forma parte del ejercicio
- me da igual, no tengo opinión
- me parece mal, degrada la profesión

VI.II.6. ¿Y que se ofrezcan productos cosméticos en las consultas y clínicas dermatológicas?

- me parece bien, forma parte del ejercicio

- me da igual, no tengo opinión
- me parece mal, degrada la profesión

VI.III. En la relación con la institución en que desempeña su trabajo.

VI.III.1. ¿Cómo considera el formulario de C. I. que utiliza en el centro en el que desarrolla su actividad profesional?

- bueno
- insuficiente
- manifiestamente mejorable
- malo de solemnidad

VI.III.2. Ante la presión para el ahorro, en todos los órdenes, que está ejerciendo la administración ¿Cómo actúa?

- no hago caso
- procuro conjugar beneficio, efectividad y ahorro
- sigo las directrices que me marcan

VI.III.3. ¿Se siente valorado profesionalmente por el sistema público?

- sí, totalmente
- no, en absoluto
- no suficientemente

VI.III.4. Dada la situación en la medicina pública ¿Se ha planteado abandonarla y ejercer la medicina privada exclusivamente?

- sí
- no
- alguna vez

VI.III.5. Ante un eventual conflicto con sus pacientes ¿Se siente protegido por la institución en la que trabaja?

- sí, totalmente
- regular
- para nada

VI.IV. En la relación con la Industria Farmacéutica y Otras.

VI.IV.1. Ante la presión ejercida por la Industria Farmacéutica de cara a orientar sus prescripciones ¿Cómo actúa?

- me dejo influir

- normalmente hago caso omiso
- escucho a todos y luego actúo según ciencia y conciencia

VI.IV.2. El hecho de que la I. F. contribuya a su formación continuada facilitándole información científica y la asistencia a eventos profesionales ¿Influye en su hábito prescriptor?

- sí
- no
- posiblemente sí

VI.IV.3. Cuando un representante de la I. F. le ofrece una remuneración por incluir pacientes en un determinado tratamiento, sin que ese protocolo haya sido sometido a autorización por el correspondiente comité ¿Cómo actúa?

- me niego
- lo hago pero siempre conforme a la buena praxis científica
- lo hago inventándome los datos

VI.IV.4. Ante el conflicto ético que puede suponer la prima económica reportada por derivación de pacientes a entidades privadas para tratamientos específicos ¿Cómo actúa?

- no lo hago por entenderlo falta de ética
- los derivo si lo considero beneficioso para el paciente
- los derivo si lo considero beneficioso para el paciente y dándole suficiente explicación
- los derivo por el beneficio que me reporta

VII. AGRADECIMIENTOS

Agradezco vuestra colaboración y paciencia por vuestras respuestas a todas las cuestiones a las que se que habéis dedicado una parte importante de vuestro valioso tiempo.

2.4. Estadística de Contraste Utilizada.

Junto con la estadística descriptiva de la muestra analizada, se han realizado dos tipos de análisis:

Por un lado se ha estudiado la significatividad de las proporciones muestrales de cada respuesta como estimadores de la proporciones poblacionales y, por otro, hemos estudiado la posible relación de dependencia que pueda existir entre alguna de las variables demográficas y las respuestas dadas a las diversas cuestiones. Es decir, queremos estudiar si la respuesta dada a alguna de las cuestiones depende de las características demográficas de los sujetos objeto de la encuesta.

El contraste utilizado en el primer análisis es el de Chi-cuadrado, cuya idea básica consiste en comparar las frecuencias observadas en la muestra para cada una de las respuestas, con las frecuencias esperadas si las respuestas fueran aleatorias (misma frecuencia para cada respuesta). En este contraste, la hipótesis nula recoge la distribución teórica que implica una determinada probabilidad p_i para cada una de las respuestas consideradas con $\sum p_i = 1$. La probabilidad p_i multiplicada por el tamaño muestral proporciona la frecuencia teórica, $T_i = n p_i$, de ser la hipótesis nula cierta. Por otro lado, cada una de las respuestas tiene su propia frecuencia observada, $O_i = n_i$. Si la muestra procediera efectivamente de la distribución de probabilidad que hemos recogido en la hipótesis nula, ambas frecuencias, la teórica y la observada, deberían ser similares. El estadístico utilizado es el siguiente:

$$\chi_{k-1}^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(O_i - T_i)^2}{T_i} = \sum_{i=1}^k \frac{(n_i - n p_i)^2}{n p_i}$$

Este estadístico propuesto por Pearson sigue una distribución Chi-cuadrado con un número de grados de libertad igual al número de respuestas diferente menos uno. Para que la distribución Chi-cuadrado sea una aproximación razonable, las frecuencias observadas en la muestra para cada respuesta deben ser mayores o iguales a 5. En nuestro estudio, se rechazara la hipótesis nula de que las respuestas son aleatorias cuando el estadístico calculado sea mayor que el valor crítico de la Chi-cuadrado con número de respuestas menos uno grados de libertad y a un nivel de significación del 5%, es decir, se rechazara la hipótesis nula cuando el p-valor obtenido sea menor que 0,05.

En cuanto al contraste de independencia entre las variables demográficas y las respuestas a las diversas cuestiones, se han utilizado las tablas de contingencia. Una tabla de contingencia es una clasificación de frecuencias en función de dos variables (por ejemplo, ser adjunto o ejercicio privado y las respuestas a una determinada pregunta). La hipótesis nula que se estudia es la independencia entre las variables de clasificación. En este caso también se utiliza el test Chi-cuadrado de Pearson en el que la medida de discrepancia utilizada es la diferencia relativa entre las frecuencias observadas y las frecuencias teóricas. El número de grados de libertad es, en este caso, el producto del número de filas menos uno por el número de columnas menos uno. Cuando las variables están relacionadas podemos obtener el coeficiente de contingencia que es un coeficiente de dependencia entre cero y uno que se expresa de la siguiente manera:

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + N}}$$

Donde χ^2 es el estadístico resultante y N el tamaño muestral o frecuencia total en la tabla de contingencia.

V. RESULTADOS Y DISCUSION

V.1. BLOQUE I.

V.1.1. Respuestas.

Del total de las 60 respuestas posibles, correspondientes a los profesionales que integran el listado de Dermatólogos proporcionado por el Colegio Oficial de Médicos de cada una de las provincias de Castilla- La Mancha, hemos obtenido 40, lo que significa el 67% de la población.

Para el análisis estadístico, disponemos de una muestra del 67% de la población, obtenida directamente y cumpliendo la condición de voluntariedad del estudio.

Tábla 1.

	DERMATOLOGOS	RESPUESTAS	PORCENTAJE
Toledo	17	40	67%
Ciudad Real	22		
Cuenca	4		
Albacete	9		
Guadalajara	8		
TOTAL	60	40	67%

V.1.2. Demografía

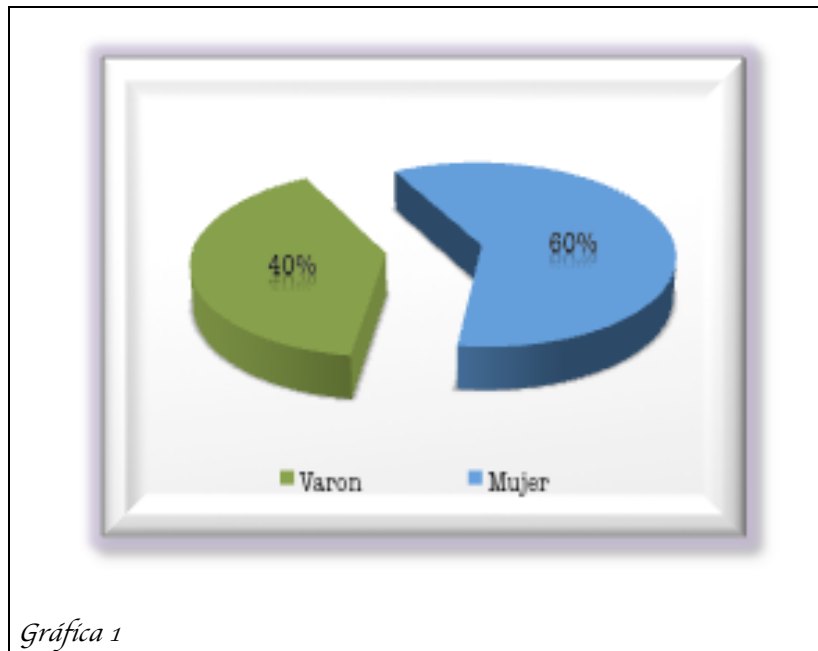
Analizamos diversas características demográficas de los individuos que serán importantes para el estudio por ser utilizadas como variables en el análisis estadístico.

V.1.2.1. Edad

La edad media de la muestra es de 43,3 años, con un rango de 31 años a 66.

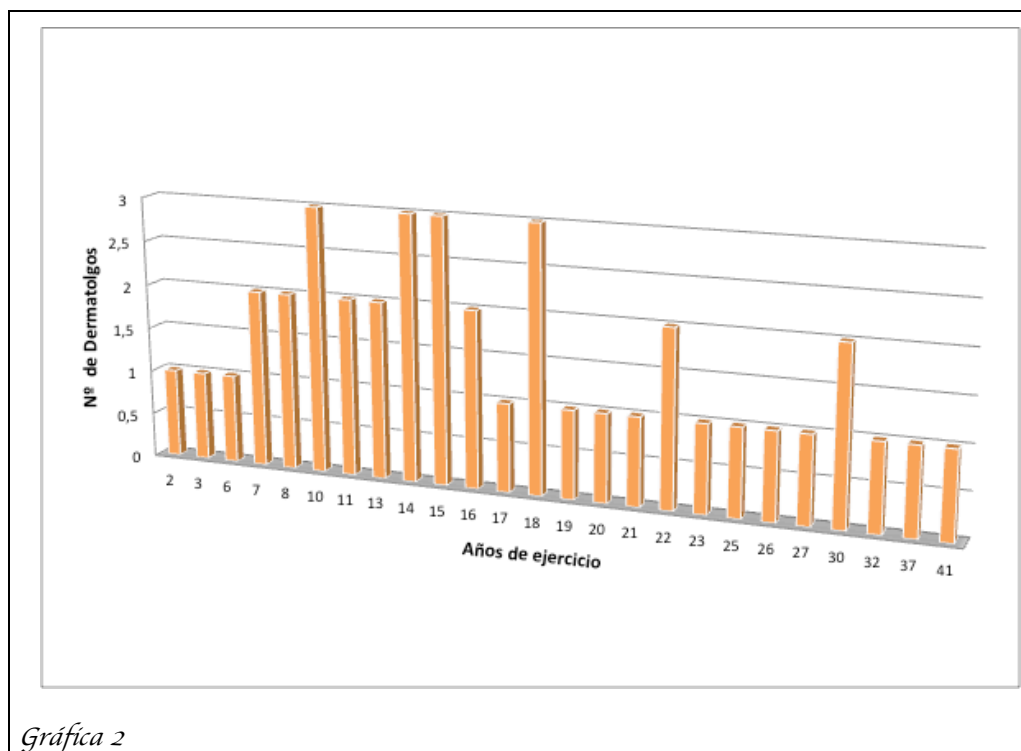
V.1.2.2. Distribución por sexo

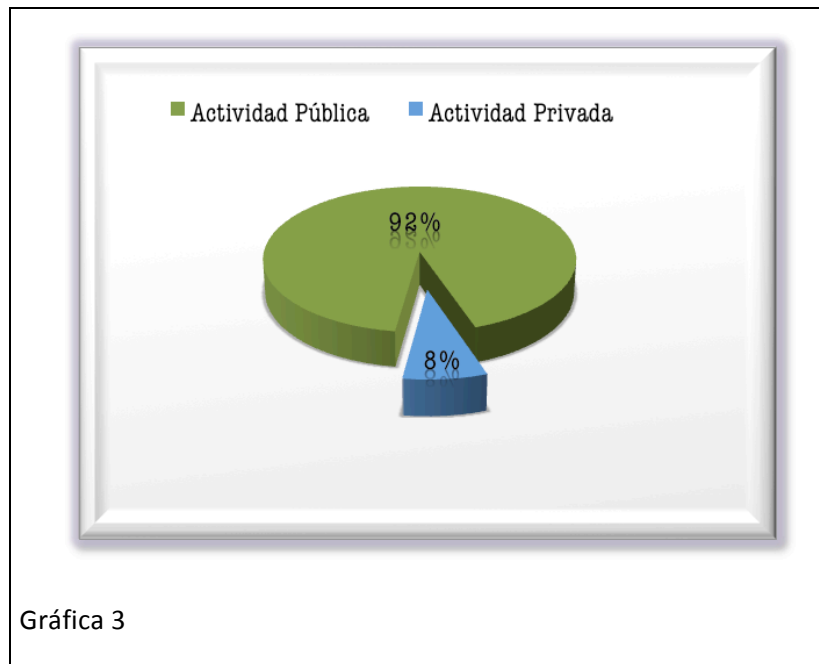
De las 40 respuestas, 16 (40%) corresponden a hombres y 24 (60%) a mujeres.



V.1.2.3. Años de ejercicio

La suma total de los años trabajados en Dermatología de los profesionales encuestados es 684 años, con una media de 17,1 años por profesional. Dentro de la población de la muestra tenemos un rango desde 1 año de experiencia hasta 41 años de experiencia.





V.1.2.4. **Discusión.**

Tenemos una muestra que se corresponde en un 67% con la población a estudio por lo que se puede afirmar que es representativa desde el punto de vista estadístico. En la distribución de la población que conforma la encuesta, priman sustancialmente las mujeres sobre los hombres y los que trabajan en el ámbito público respecto a los que se dedican a la sanidad privada.

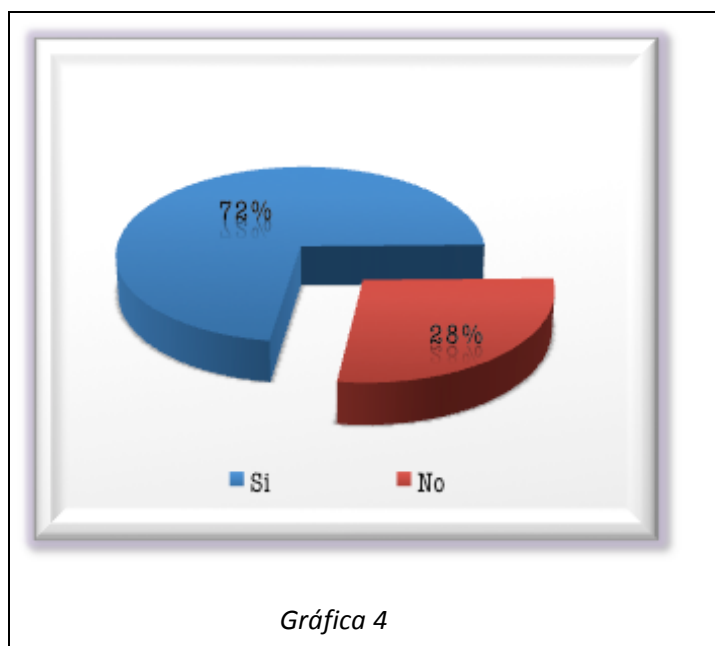
V.2 BLOQUE II. Formación Ética.

Consideramos imprescindible cuantificar qué grado de formación ética tienen los profesionales encuestados con el fin de saber cual es su conocimiento en la materia y como, en base a ese conocimiento, responden las preguntas de los siguientes apartados.

V.2.1 Ética Medica.

A la pregunta “II.1.- *¿Recibió formación en ética y deontología médica durante la licenciatura?*” han respondido 40 Dermatólogos. Los resultados son los siguientes:

Tabla 2.	Respuestas	Porcentajes
Sí	29	72%
No	11	28%



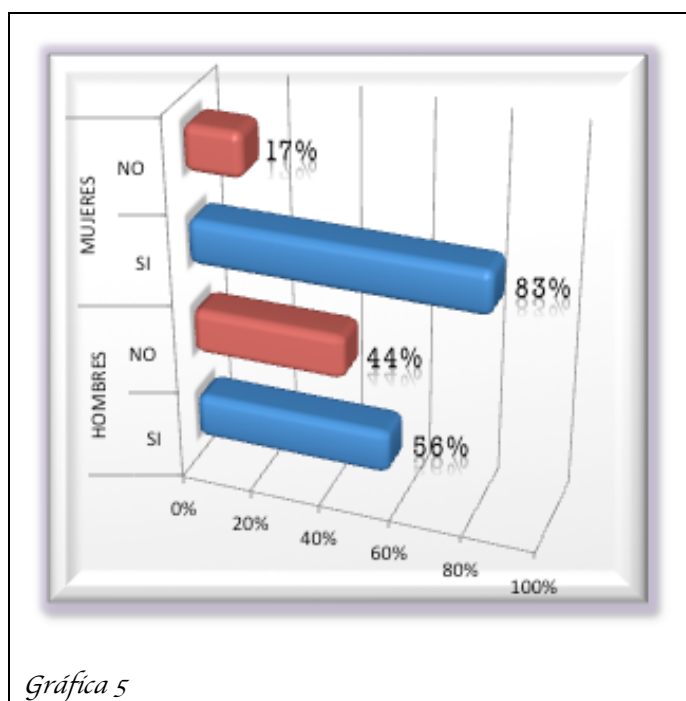
Casi tres cuartas partes recibieron formación ética durante la licenciatura.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

También se expresan los resultados obtenidos contemplando las respuestas con respecto a las variables sexo y grupo de edad.

Observamos como son las mujeres las que han recibido en su mayoría la formación en Ética en la licenciatura.

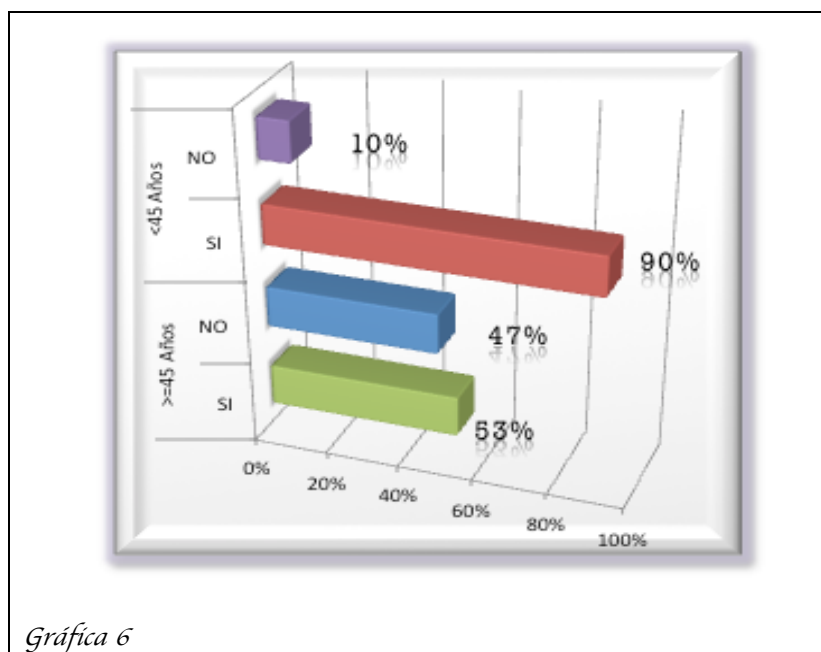
Tabla 3.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Sí	29	9	56%	20	83%
No	11	7	44%	4	17%



Gráfica 5

Por tramo de edades vemos que el grupo de edad mas joven ha cursado casi en su totalidad formación en ética durante la licenciatura. Se debe a que la implantación de la asignatura en nuestras facultades, como obligatoria o como optativa, es reciente.

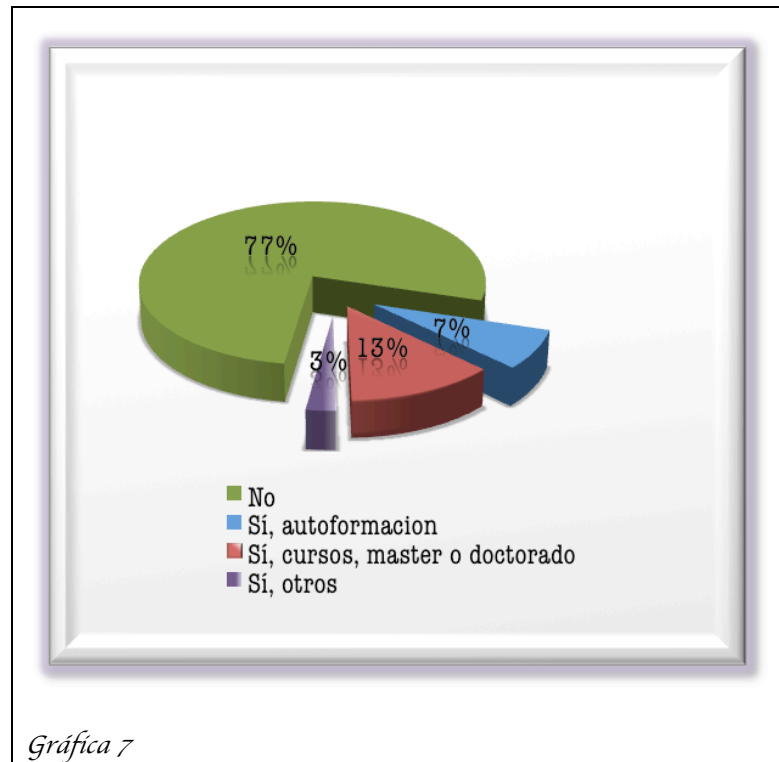
Tabla 4.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Sí	29	10	53%	19	90%
No	11	9	47%	2	10%



Gráfica 6

A la pregunta “II.2.- ¿La ha recibido después de la licenciatura?” han respondido 40 dermatólogos y el resultado ha sido el siguiente:

Tabla 5.	Respuestas	Porcentajes
No	31	77%
Sí, autoformación	3	7%
Sí, cursos, master o doctorado	5	13%
Sí, otros	1	3%



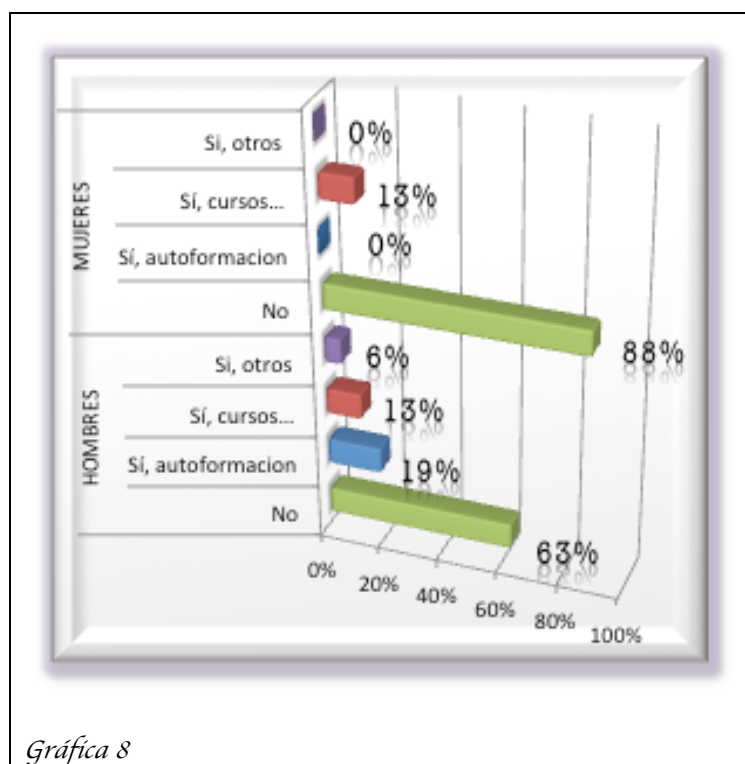
Observamos que la mayor parte no han recibido formación posterior a la licenciatura, concretamente 77% (31) de los encuestados. Mientras que el resto ha seguido otro sistema formativo entre los cuales predominan los cursos, master y doctorado por encima de la autoformación.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y los años de ejercicio del facultativo (anexo 2).

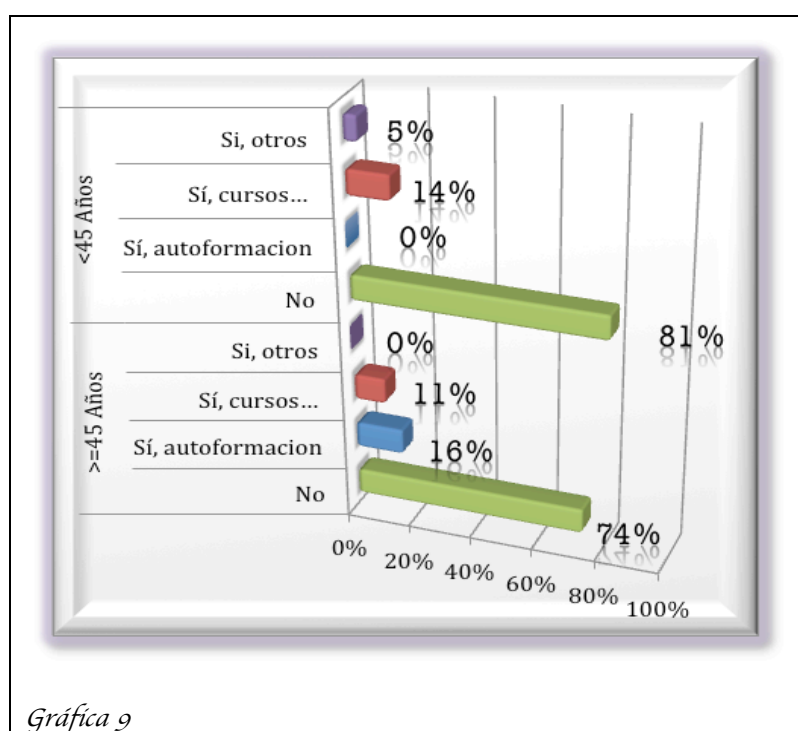
Podemos observar que tanto hombres como mujeres (63% hombres, 88% mujeres) no han recibido formación postgrado. De los que la han recibido, la autoformación ha sido la vía elegida en el caso de los hombres (19%) y los cursos, master y doctorado en el de las mujeres (13%).

Tabla 6.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
No	31	10	63%	21	88%
Sí, autoformación	3	3	19%	0	0%
Sí, cursos, master o doctorado	5	2	13%	3	13%
Sí, otros	1	1	6%	0	0%



Y con respecto a la distribución por edad los mayores de 45 años han recibido menor formación postgrado, por lo tanto concluimos que son los que menor formación en ética a nivel general han recibido, como comprobamos en las conclusiones de la pregunta II.1. Los menores de 45 años reciben menor formación postgrado que los mayores de 45 pero, como veíamos previamente estos han recibido mayor formación durante la licenciatura.

Tabla 7.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
No	31	14	74%	17	81%
Sí, autoformación	3	3	16%	0	0%
Sí, cursos, master o doctorado	5	2	11%	3	14%
Sí, otros	1	0	0%	1	5%



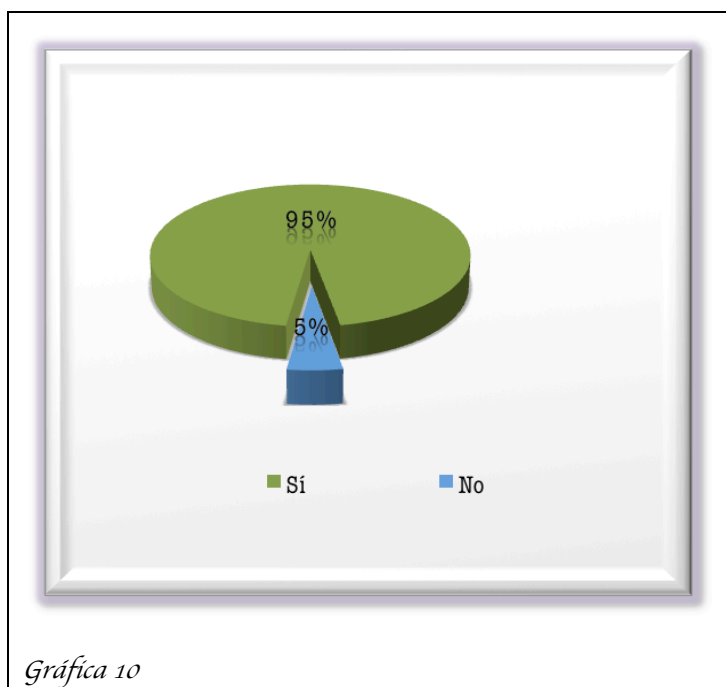
V.2.2 Necesidad de la asignatura de Ética Médica en la licenciatura.

Los planes de estudio de la distintas Universidades son los que nos dan, o no, la formación en Ética Médica. En unas facultades es una asignatura obligatoria y, en otras, optativa; pero nos preguntamos que opinión tiene los profesionales sobre la necesidad o no de que esta materia forme parte de esos planes de estudio.

Por ello hemos preguntado: ***“II.3.- ¿Considera que la ética médica debería formar parte del programa académico dentro de la licenciatura como asignatura obligatoria?”***

Y la opinión que tienen no puede ser más clarificadora:

Tabla 8.	Respuestas	Porcentajes
Sí	38	95%
No	2	5%



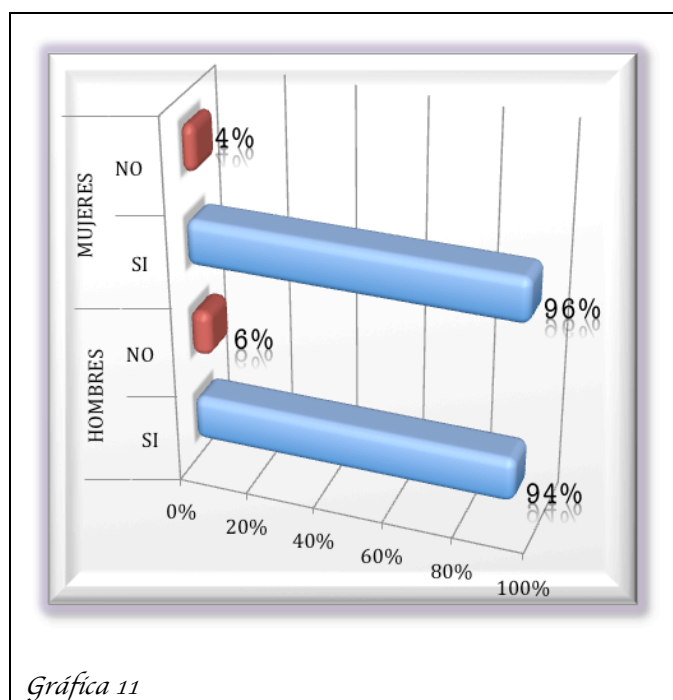
Es obvio la importancia que los dermatólogos dan a la educación reglada en Ética Médica. Sólo un 5% considera que no es necesaria y esto a pesar de que un 28% de ellos no la cursaron en la licenciatura.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y la edad del encuestado (anexo 2).

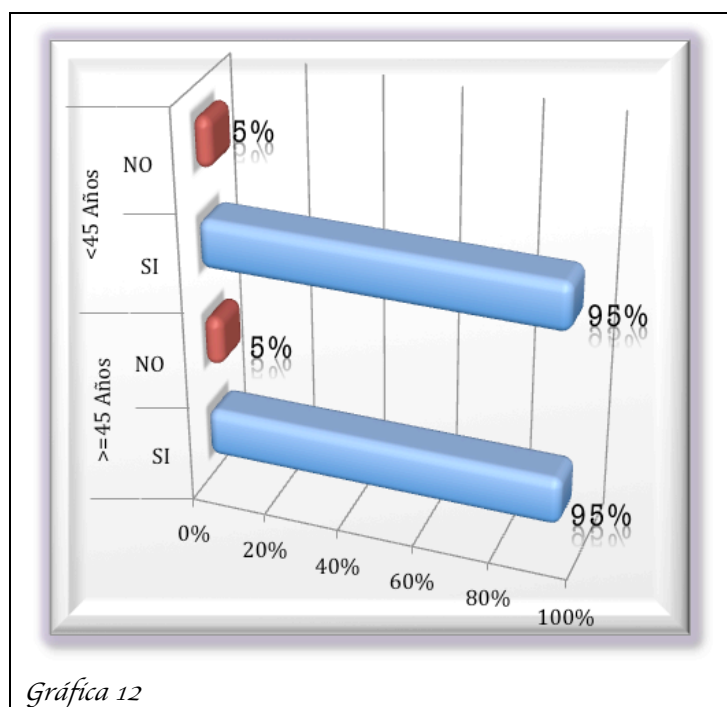
Si atendemos a la distribución por sexos la diferencia entre ellos no es valorable.

Tabla 9.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Sí	38	15	94%	23	96%
No	2	1	6%	1	4%



Al igual que no lo es en la diferenciación entre mayores y menores de 45 años al estudiar la variable de edad.

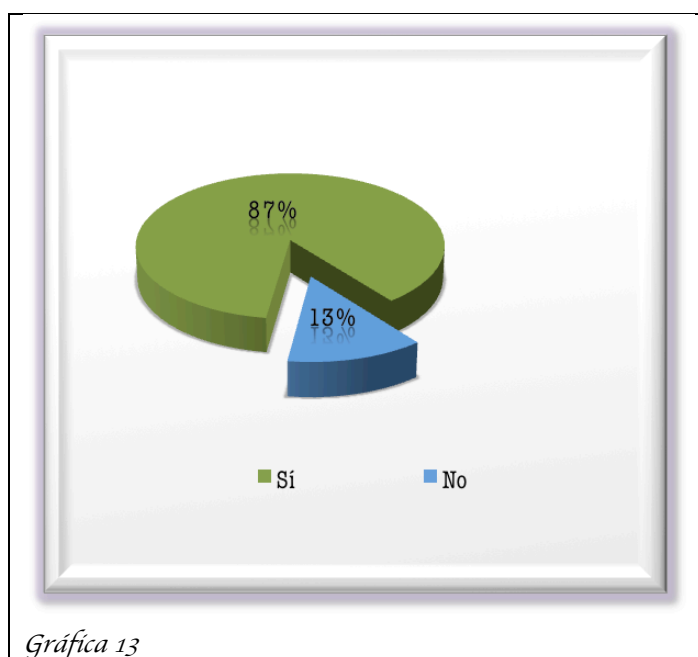
Tabla 10.	Respuestas	>=45 Años	% >=45	<45 Años	% <45 Años
Sí	38	18	95%	20	95%
No	2	1	5%	1	5%



V.2.3 Necesidad de la asignatura de Ética Médica en la especialidad

Hemos preguntado “II.4.- *¿Considera que la ética médica es una disciplina que debe ser promovida como parte de nuestra formación durante la especialización en dermatología?*”. Y la opinión de los encuestados es bastante clarificadora al igual que la anterior, aunque hay un número mayor de encuestados que consideran que no sería importante tener una formación ética durante la especialidad (13%).

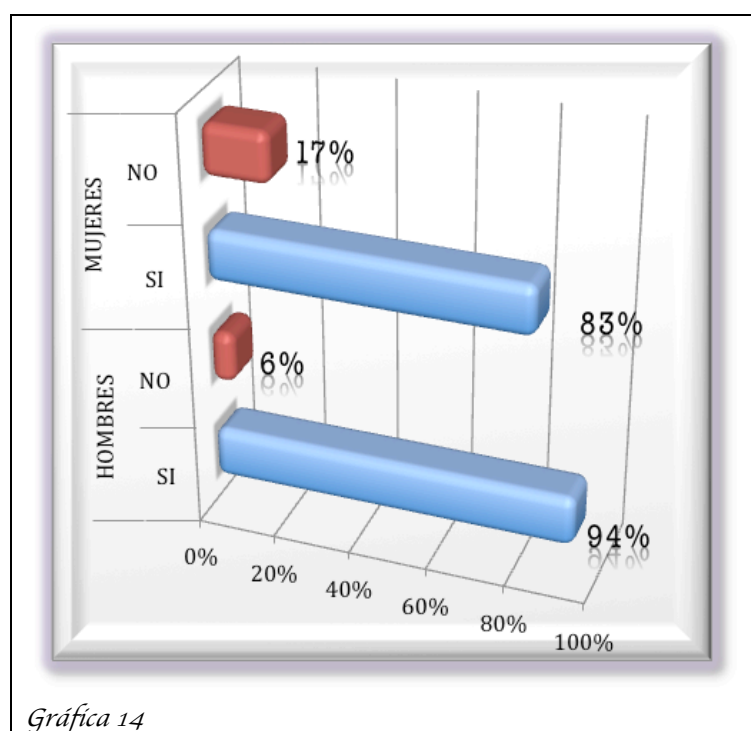
<i>Tabla 11.</i>		<i>Respuestas Porcentajes</i>	
Sí	34	87%	
No	5	13%	



Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

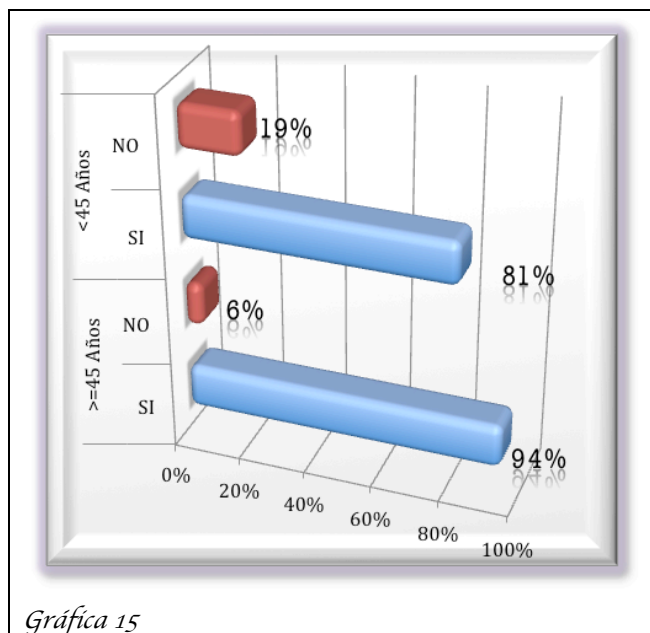
En la diferenciación por sexos, existe una mayor discrepancia en los porcentajes siendo los hombres los que más claramente se definen por la formación ética durante la especialidad.

Tabla 12.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Sí	34	15	94%	19	83%
No	5	1	6%	4	17%



En el contraste por edades, existe una mayor desigualdad en los porcentajes siendo los mayores de 45 años los que más claramente se definen por la formación ética durante la especialidad.

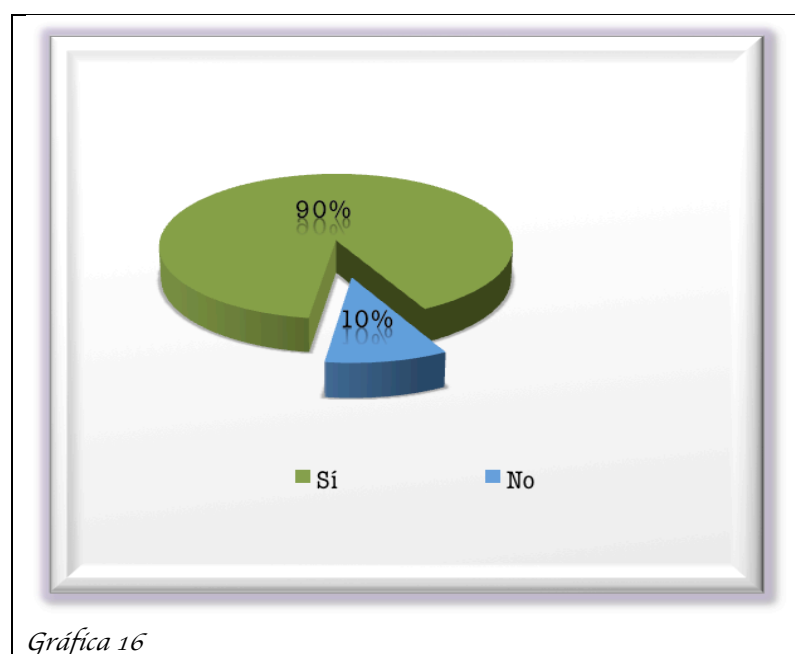
Tabla 13.	Respuestas	>=45 Años	% >=45	<45 Años	% <45 Años
Sí	34	17	94%	17	81%
No	5	1	6%	4	19%



V.2.4 Evitar conflictos a través de una buena formación ética

A la pregunta “II.5.-¿Piensa que una buena formación en ética y deontología médica evitaría problemas y conflictos con los pacientes?”.

Tabla 14.	Respuestas	Porcentajes
Sí	36	90%
No	4	10%



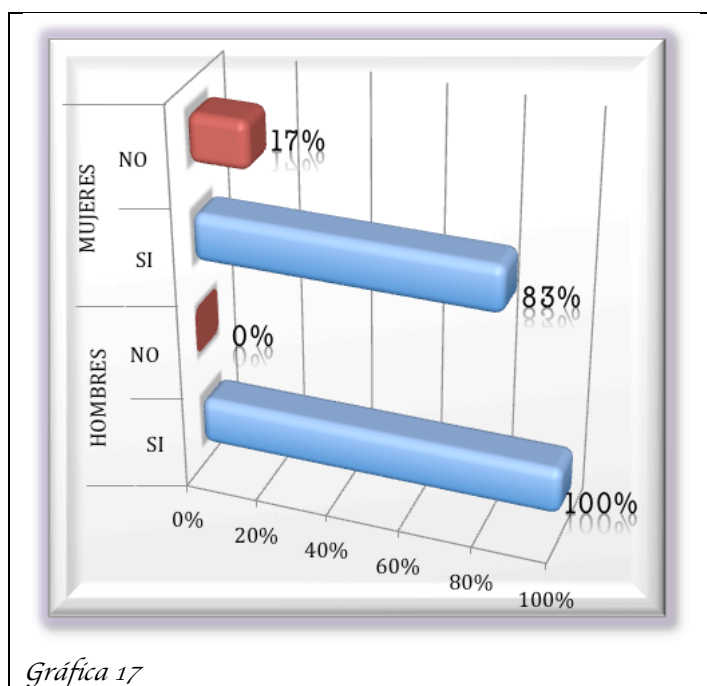
Un porcentaje muy alto (90%) consideran importante la formación en ética y deontología médica.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,004), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el sexo del encuestado (tabla del anexo 2).

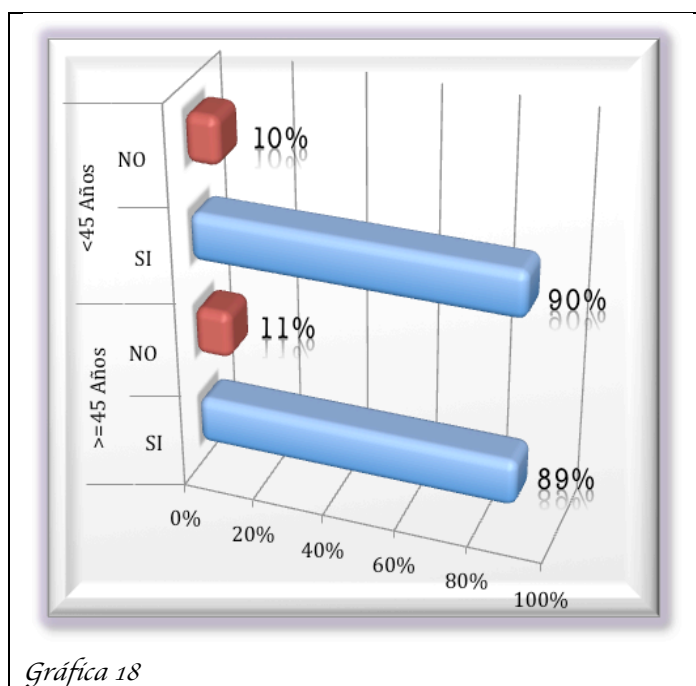
Al estudiar la variable de sexo hallamos que los hombres consideran en su totalidad (100%) que se evitarían conflictos en la práctica diaria, opinando el 17% de las mujeres que esto no sería así.

Tabla 15.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Sí	36	16	100%	20	83%
No	4	0	0%	4	17%



Mientras que al estudiar la variable de la edad obtenemos resultados similares, en los dos tramos establecidos, en torno al 90%.

Tabla 16.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Sí	36	17	89%	19	90%
No	4	2	11%	2	10%



V.2.5 Discusión

Sin duda alguna lo mas destacable es la importancia que los médicos dermatólogos dan a la formación reglada en Ética Medica durante la licenciatura. Parece lógico. En el desarrollo de nuestra actividad son muchas las situaciones de conflicto ético que se nos presentan. El que se nos entreguen unos instrumentos básicos, en esta parcela del saber medico, puede ser determinante a la hora de afrontar la resolución de esos conflictos con un cierto criterio. De hecho también consideran importante la formación reglada durante la especialidad por lo que sería interesante transmitir esta inquietud a la Academia Española de Dermatología y Venereología para plantearse vías de formación en este sentido conjuntamente con el dato de los pocos compañeros que reciben formación postgrado teniéndose que conformar con la que se procuran por si mismos. Y todo ello desde el convencimiento de que una buena formación en este área del saber evitaría conflictos con los pacientes.

V.3 BLOQUE III. Conocimiento de los fundamentos que regulan el ejercicio profesional médico

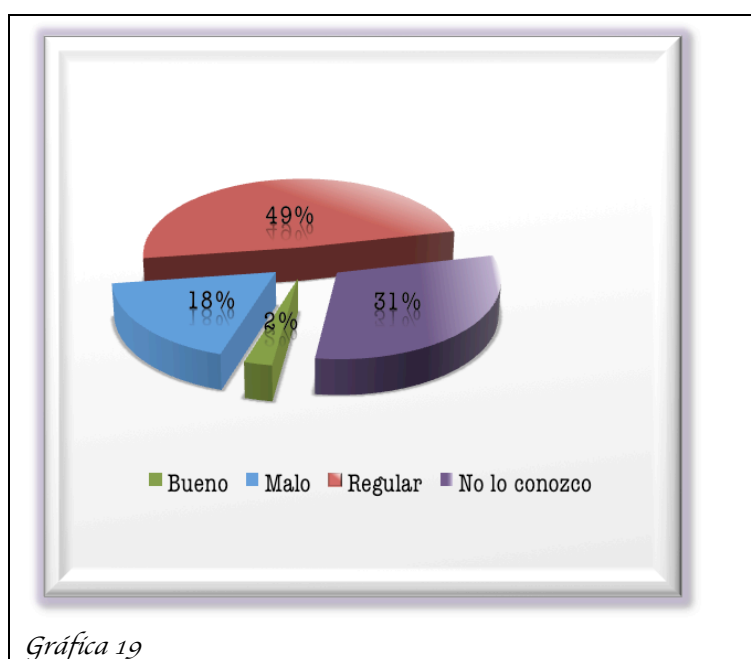
Demostrada la formación recibida, queremos comprobar qué conocimientos tienen de los fundamentos éticos sobre los que se asienta el ejercicio profesional médico y las normas que lo regulan.

V.3.1 Teorías éticas

Les hemos preguntado: **“III.1.- ¿Qué conocimiento tiene de las cuatro grandes teorías éticas que encuadran la inmensa mayoría de los problemas éticos de la profesión médica? (Ética de la Virtud, Deontologismo, Consecuencialismo, Ética de los principios)”**.

Y han respondido:

Tabla 17.	Respuestas	Porcentajes
Bueno	1	3%
Regular	19	49%
Malo	7	18%
No lo conozco	12	31%

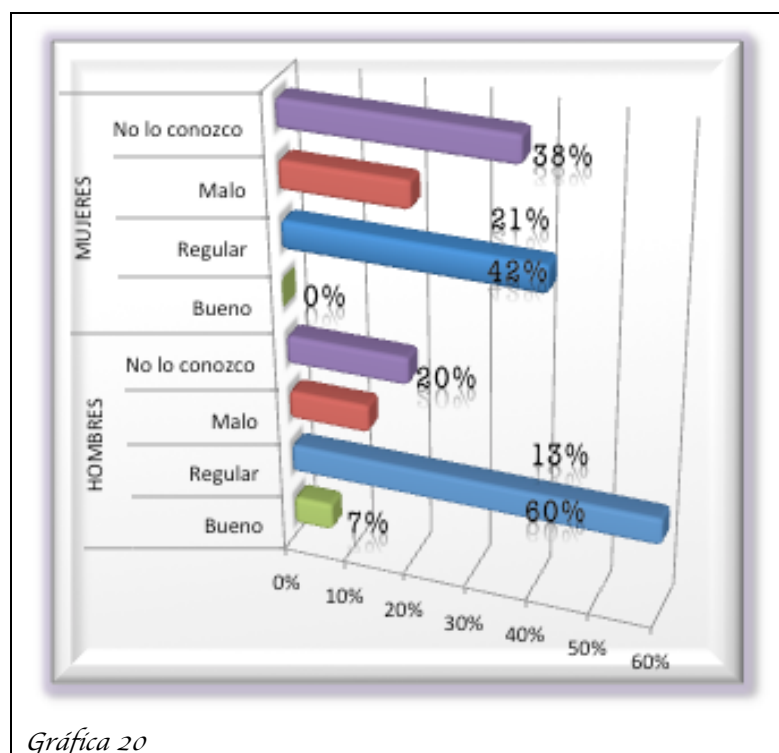


La mitad de ellos, un 49% (19), tienen un conocimiento medio sobre las principales teorías éticas. Destaca que un 31% (12) no conocen nada de las cuatro teorías éticas.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y los años de ejercicio del facultativo (anexo 2).

Destacamos en la diferenciación por sexos que los hombres tienen un mayor conocimiento que las mujeres de estas teorías.

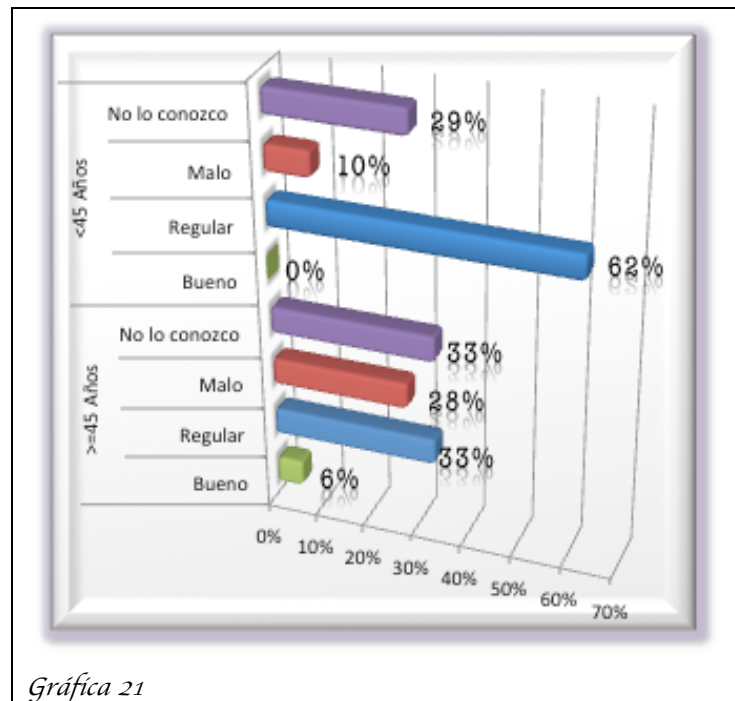
<i>Tabla 18.</i>	<i>Respuestas</i>	<i>Hombres</i>	<i>% Hombres</i>	<i>Mujeres</i>	<i>% Mujeres</i>
	Bueno	1	7%	0	0%
	Regular	9	60%	10	42%
	Malo	2	13%	5	21%
	No lo conozco	3	20%	9	38%



Gráfica 20

Por edades, observamos que los mayores de 45 años tienen menor conocimiento que los menores ya que la media inferior (los que tienen conocimiento malo y los que no lo conocen) es superior en los mayores. Viene a coincidir con los resultados obtenidos en cuanto a la formación en la asignatura de Ética Médica en la licenciatura.

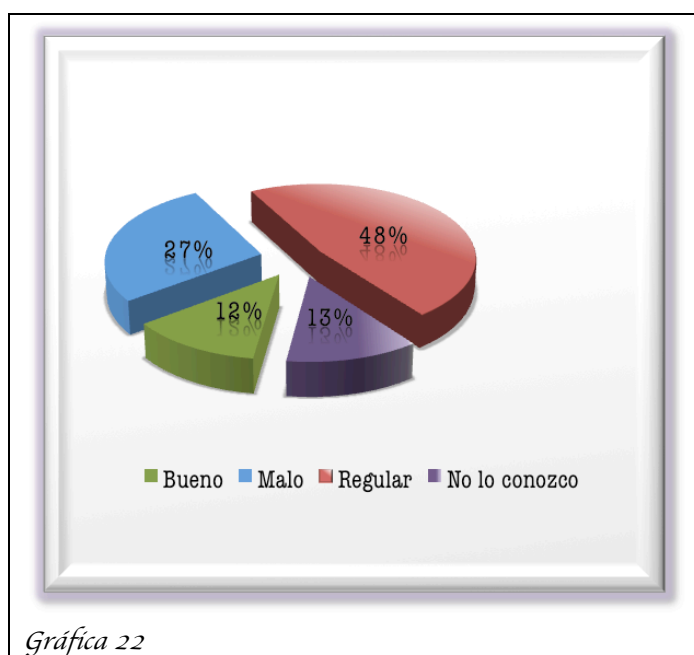
<i>Tabla 19.</i>	<i>Respuestas</i>	<i>>=45 Años</i>	<i>% >=45 Años</i>	<i><45 Años</i>	<i>% <45 Años</i>
Bueno	1	1	6%	0	0%
Regular	19	6	33%	13	62%
Malo	7	5	28%	2	10%
No lo conozco	12	6	33%	6	29%



V.3.2 Principios éticos

También quisimos saber quienes conocían los cuatro principios éticos. A la pregunta **“III.2.- ¿Qué conocimiento tiene de los cuatro principios éticos que afectan al ejercicio profesional médico considerados por la comunidad científica como principales? (Beneficencia, No maleficencia, Justicia y Autonomía)”**. Respondieron:

Tabla 20.	Respuestas	Porcentajes
Bueno	5	12%
Regular	19	48%
Malo	11	28%
No lo conozco	5	13%

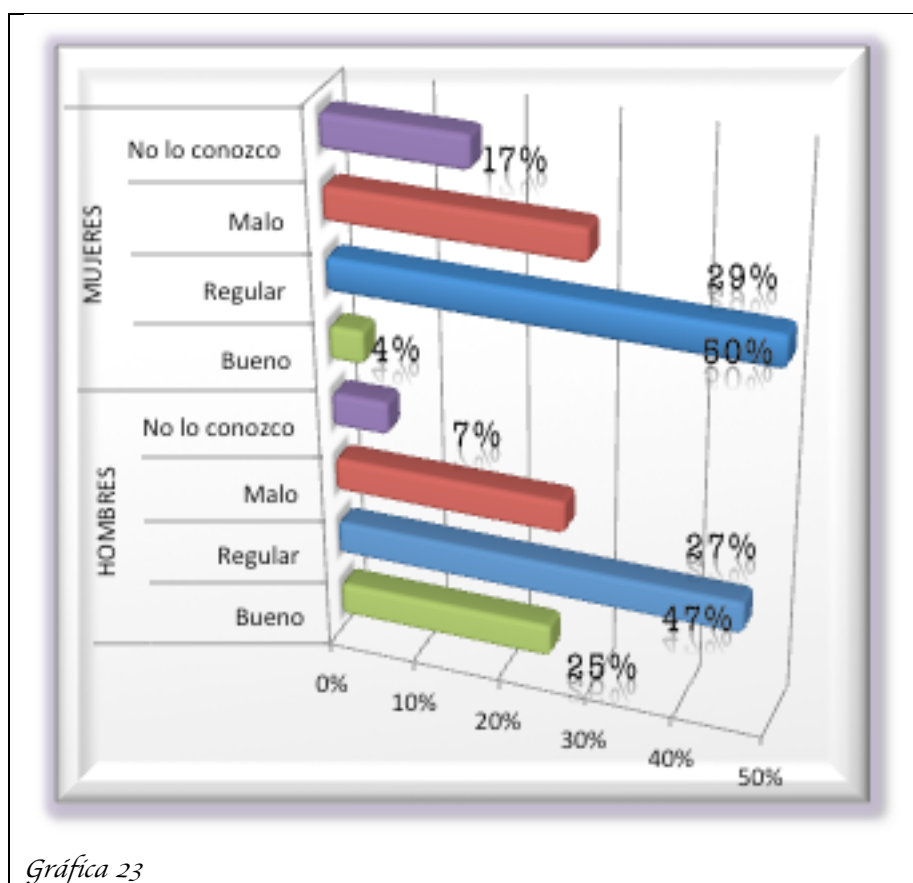


Los resultados difieren algo de los de la pregunta anterior. En este caso, 12% (5) tienen un conocimiento alto sobre los principios éticos frente al 1% de la pregunta anterior. Coinciden los que tienen un conocimiento medio sobre estas teorías y principios.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y los años de ejercicio del facultativo (anexo 2).

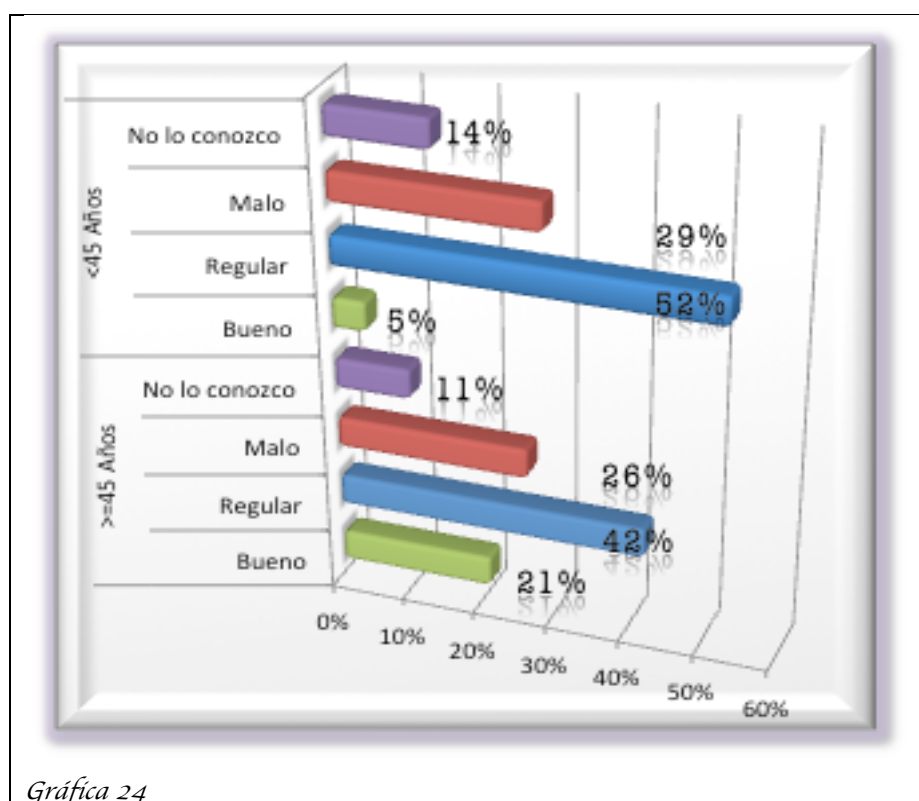
En la diferenciación por sexo se mantiene la tendencia de la pregunta anterior en la que los hombres superaban a las mujeres en cuanto al buen conocimiento de los principios y teorías. Un 25% frente a un 4% en este caso.

Tabla 21.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Bueno	5	4	25%	1	4%
Regular	19	7	44%	12	50%
Malo	11	4	25%	7	29%
No lo conozco	5	1	6%	4	17%



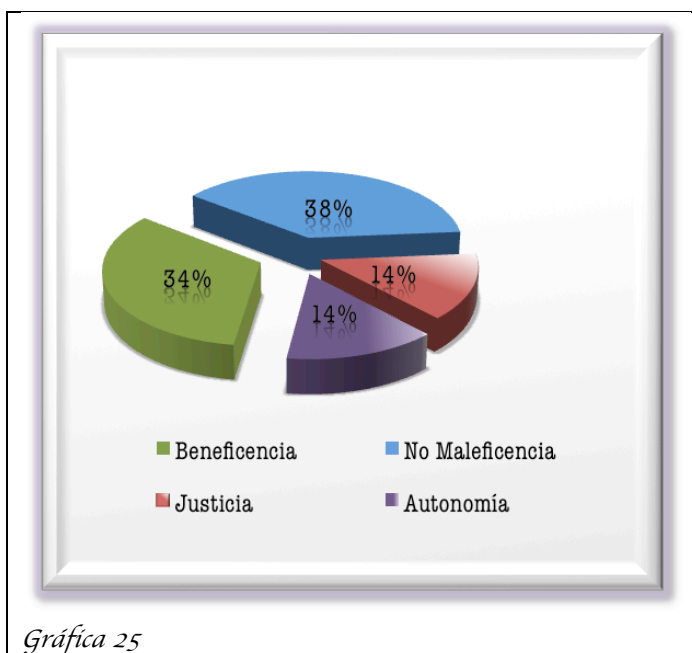
Curiosamente los mayores de 45 años, a diferencia de la pregunta anterior, poseen mayor conocimiento, un 21% frente a un 5%, que los menores de 45 años. Nos explicamos el resultado de los primeros por la formación posterior. Pero no hallamos explicación para los segundos.

Tabla 22.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Bueno	5	4	21%	1	5%
Regular	19	8	42%	11	52%
Malo	11	5	26%	6	29%
No lo conozco	5	2	11%	3	14%



También preguntamos sobre el orden de importancia que tiene para ellos estos cuatro principios **“III.3.- Si su respuesta anterior no ha sido negativa ordene los cuatro principios éticos enunciados de mayor a menor importancia”**. La respuesta fue:

Tabla 23.	Respuestas	Porcentajes
Beneficencia	7	33%
No Maleficencia	8	38%
Justicia	3	14%
Autonomía	3	14%



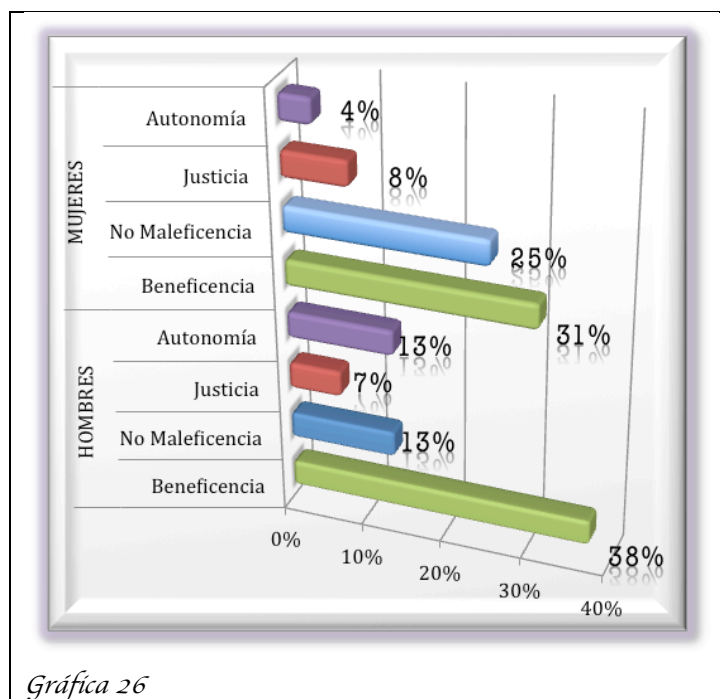
Los principios de Benficencia y No Maleficiencia tienen porcentajes similares 33% y 38% respectivamente y destacan sobre los otros dos principios doblándolos en porcentaje.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre las respuestas dadas a esta pregunta y la el sexo del facultativo (tabla del anexo 2).

Las mujeres dan una mayor importancia al principio de No Maleficencia (46%) y los hombres se la dan al de Beneficencia (38%).

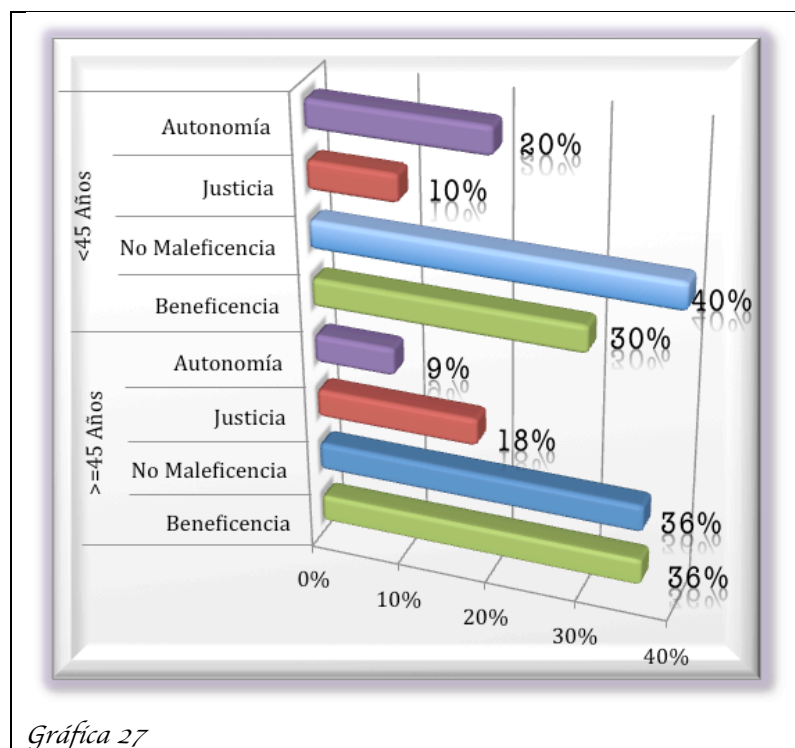
Tabla 24.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Beneficencia	7	3	38%	4	31%
No Maleficencia	8	2	25%	6	46%
Justicia	3	1	13%	2	15%
Autonomía	3	2	25%	1	8%



Gráfica 26

Tanto los mayores como los menores de 45 años colocan en primer lugar el principio de No Maleficencia por encima del de Beneficencia.

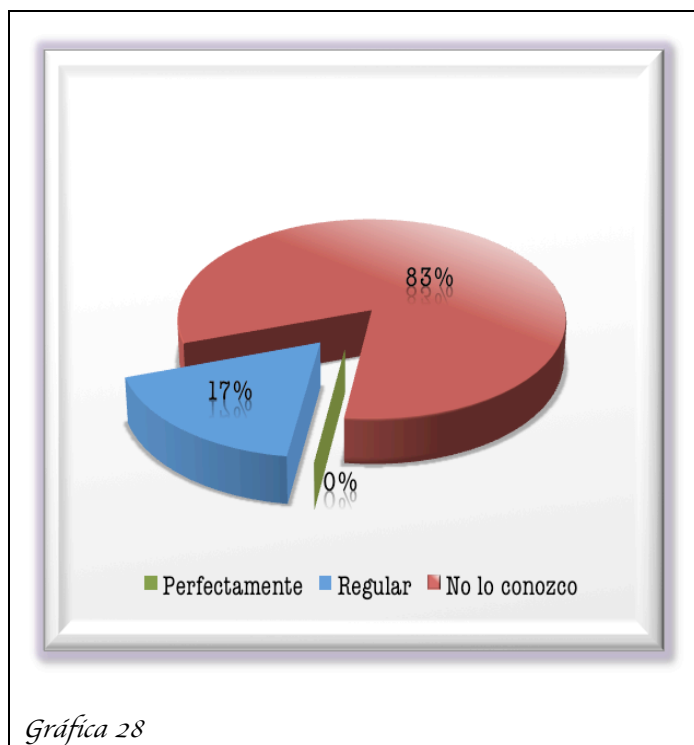
Tabla 25.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Beneficencia	7	4	36%	3	30%
No Maleficencia	8	4	36%	4	40%
Justicia	3	2	18%	1	10%
Autonomía	3	1	9%	2	20%



V.3.3 Código de Ética y Deontología médica

Siguiendo en la línea de preguntas sobre los conocimientos que poseen de la materia, nos referimos al Código Deontológico: **“III.4.- ¿Conoce el código de ética y deontología médica actualmente vigente (Julio 2011)?”**

Tabla 26.	Respuestas	Porcentajes
Perfectamente	0	0%
Regular	7	18%
No lo conozco	33	83%



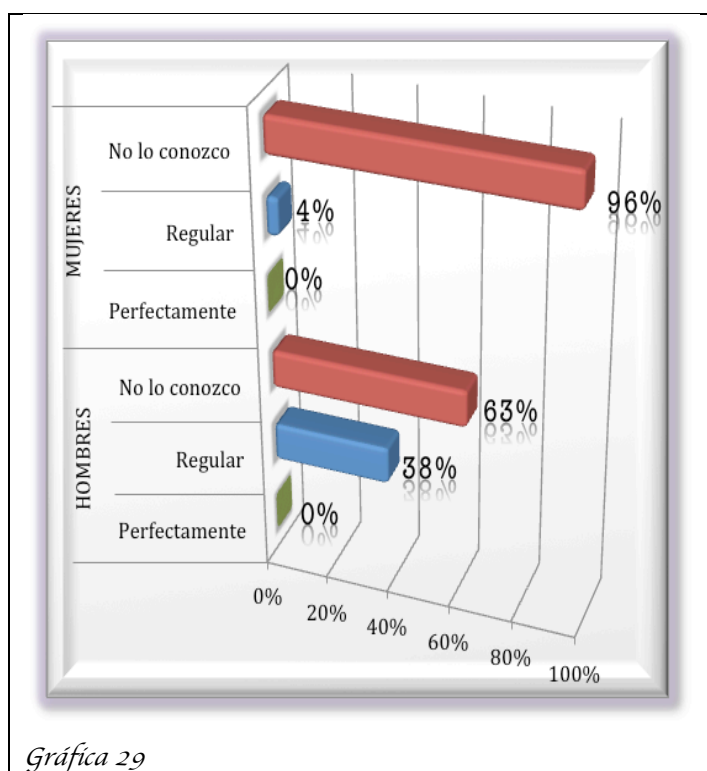
El 83% de los dermatólogos encuestados, es decir, la amplia mayoría, no conocen el Código Deontológico vigente.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y la edad del encuestado. (anexo 2). También podemos afirmar que guarda relación con el sexo del facultativo (anexo 2).

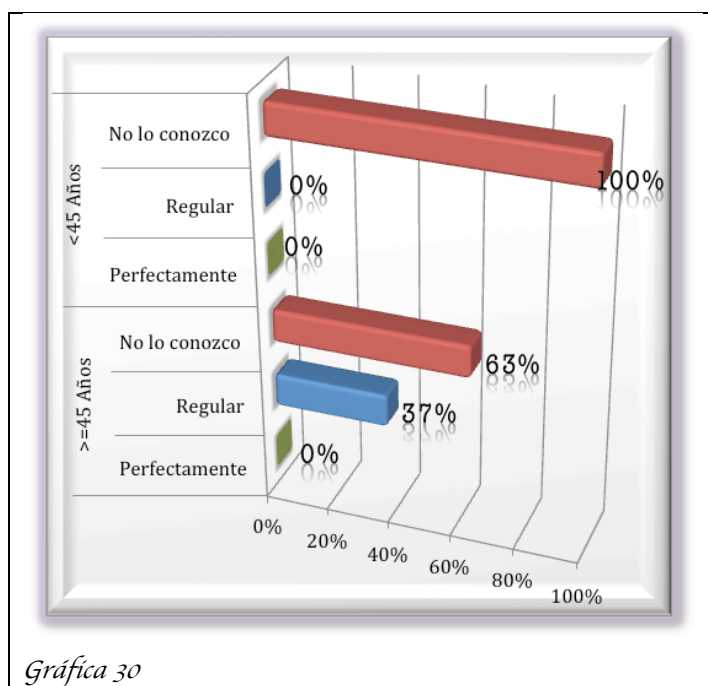
Los hombres con un 38% de conocimiento medio de dicho código tienen un conocimiento mayor que las mujeres (4%).

Tabla 27.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Perfectamente	0	0	0%	0	0%
Regular	7	6	38%	1	4%
No lo conozco	33	10	63%	23	96%



Destaca que los menores de 45 años, en su totalidad desconocen dicho código. Al menos, los mayores de 45 tienen en un 37% un conocimiento medio sobre dicho código.

Tabla 28.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Perfectamente	0	0	0%	0	0%
Regular	7	7	37%	0	0%
No lo conozco	33	12	63%	21	100%



V.3.4 Normativa legal.

Al preguntar sobre los fundamentos que regulan el ejercicio profesional, no podemos dejar de cuestionar el nivel de conocimiento de las leyes reguladoras vigentes. Les preguntamos **“III.5.- ¿Conoce las principales fuentes de las leyes que regulan el ejercicio profesional médico en España? (Constitución Española y Convenio de Oviedo).”**

Tabla 29.	Respuestas	Porcentajes
Perfectamente	0	0%
Regular	15	38%
No lo conozco	24	62%

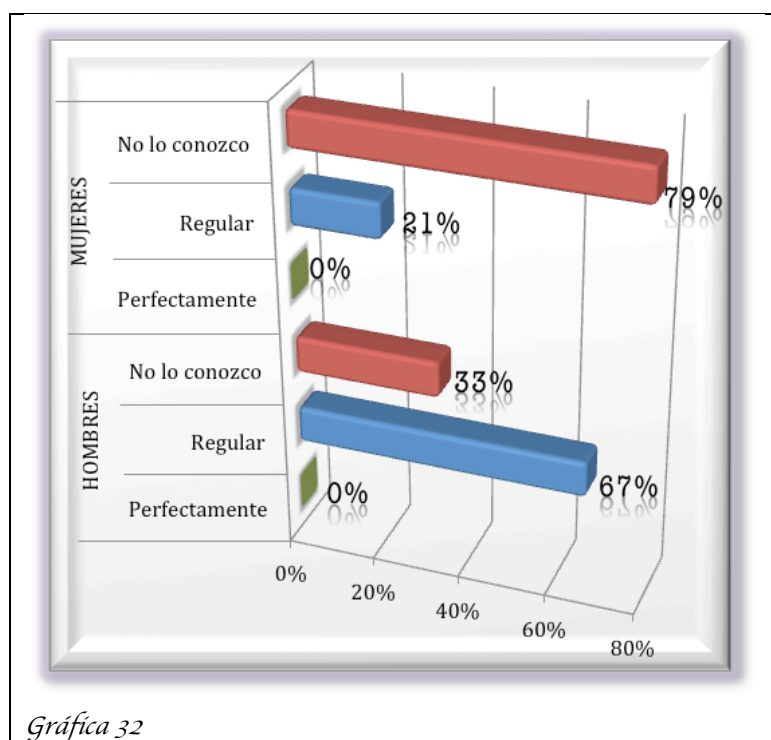


También en esta pregunta los que afirman no tener conocimiento ninguno sobre las fuentes de las leyes que regulan el ejercicio profesional en España dentro de la Constitución Española y del Convenio de Oviedo, son mayoría con un 62% (24).

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

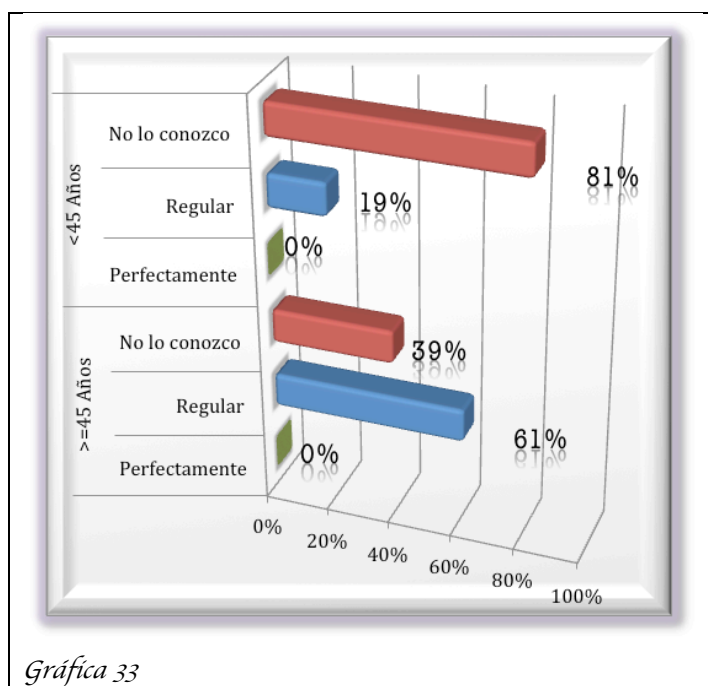
Las mujeres en mayor medida, con un 79% frente al 33% de los hombres, no conocen nada sobre dichas fuentes.

Tabla 30.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Perfectamente	0	0	0%	0	0%
Regular	15	10	67%	5	21%
No lo conozco	24	5	33%	19	79%



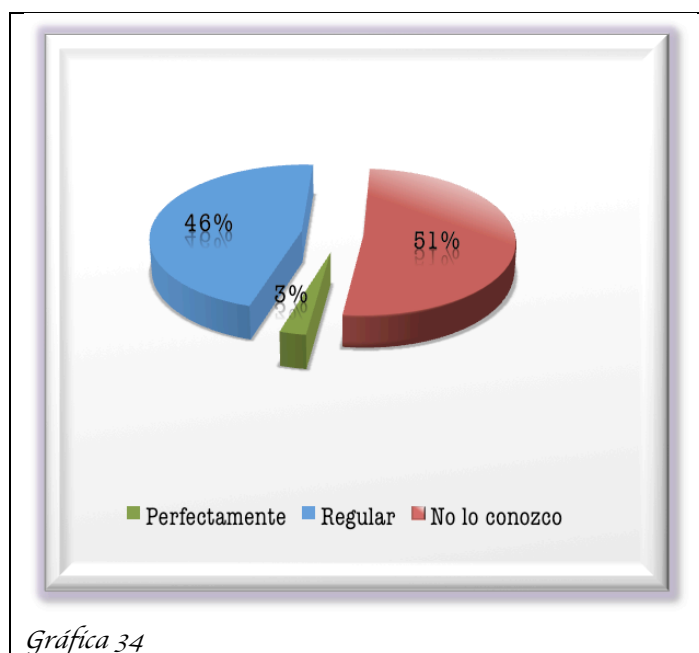
Siguiendo la tónica de la pregunta anterior, los jóvenes desconocen en mayor medida (81%) las fuentes de las leyes reguladoras, frente al 39% de los mayores.

Tabla 31.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Perfectamente	0	0	0%	0	0%
Regular	15	11	61%	4	19%
No lo conozco	24	7	39%	17	81%



También preguntamos sobre las leyes que regulan el ejercicio profesional médico **“III.6.- ¿Conoce las principales leyes españolas que regulan el ejercicio profesional médico? (Ley General de Sanidad, Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, Ley de Autonomía del paciente...)”**.

Tabla 32.	Respuestas	Porcentajes
Perfectamente	1	3%
Regular	18	46%
No lo conozco	20	51%

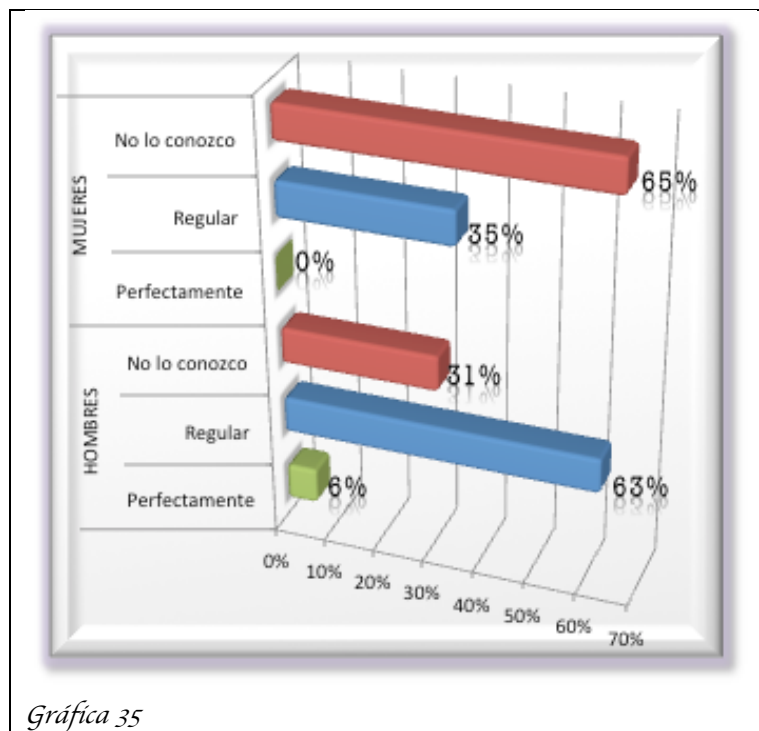


A diferencia de la pregunta anterior, los dermatólogos encuestados tienen mayor conocimiento de las leyes reguladoras que de las fuentes de dichas leyes. Un 46% tienen regular conocimiento sobre estas leyes.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el puesto de trabajo del encuestado. (anexo 2).

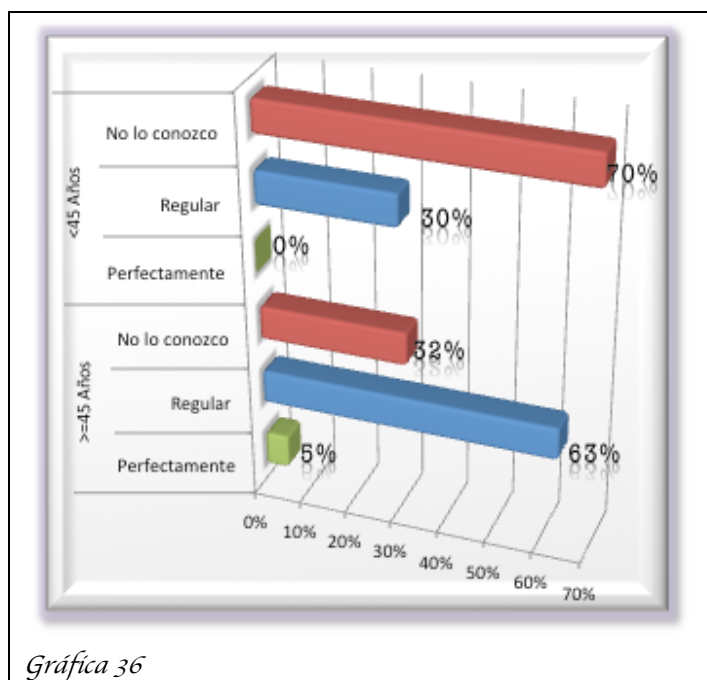
Las mujeres con un 65% (15) destacan como no conocedoras de las leyes reguladoras.

Tabla 33.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Perfectamente	1	1	6%	0	0%
Regular	18	10	63%	8	35%
No lo conozco	20	5	31%	15	65%



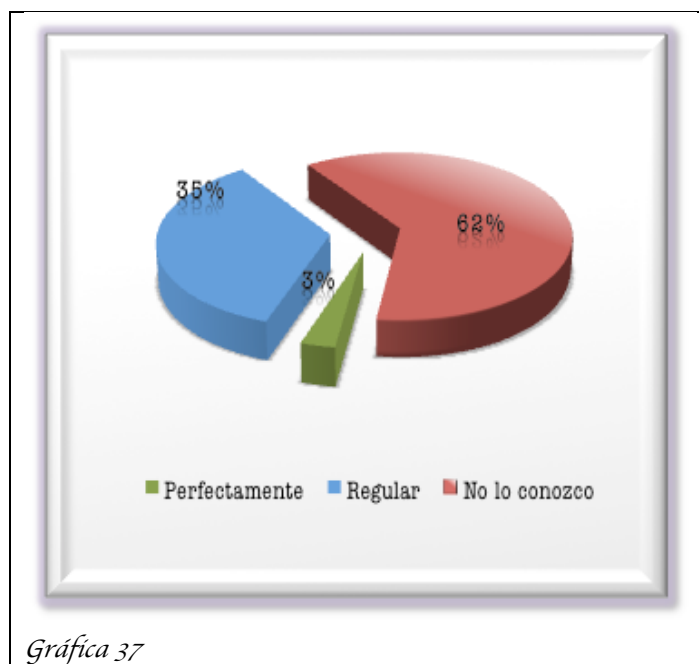
Siguiendo la tendencia de las dos preguntas anteriores, los jóvenes desconocen en mayor medida (70%) las leyes reguladoras, frente al 32% de los mayores.

Tabla 34.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Perfectamente	1	1	5%	0	0%
Regular	18	12	63%	6	30%
No lo conozco	20	6	32%	14	70%



Además preguntamos por el conocimiento de la normativa legal a nivel autonómico “III.7.- ¿Conoce la principal ley de Castilla la Mancha reguladora del ejercicio profesional médico? (Ley 5/2010 24 junio sobre Derechos y Deberes en Materia de Salud de Castilla La Mancha)”.

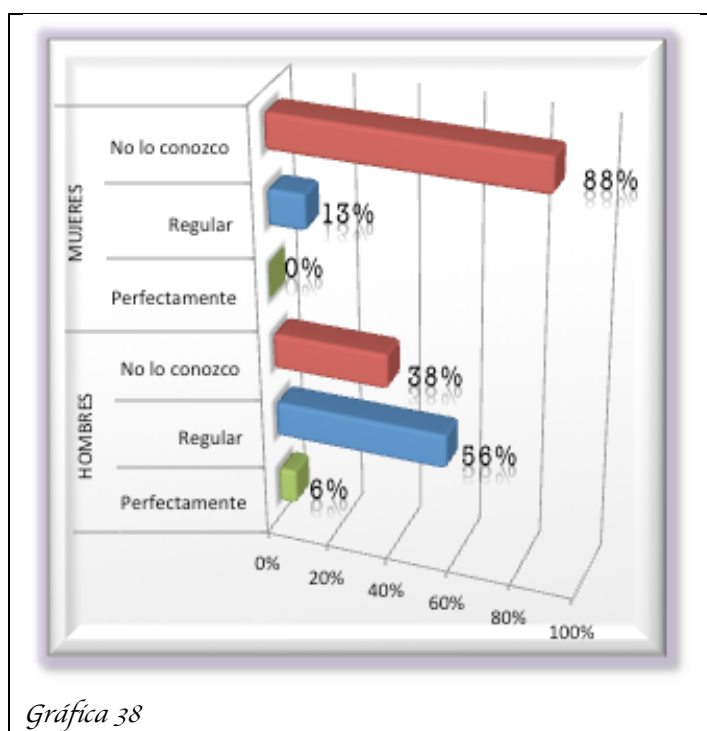
Tabla 35.	Respuestas	Porcentajes
Perfectamente	1	3%
Regular	12	35%
No lo conozco	21	62%



Los resultados son similares a los de la anterior pregunta, siendo el 62% de los encuestados, es decir 21 dermatólogos los que no conocen nada de la actual ley vigente en Castilla-La Mancha.

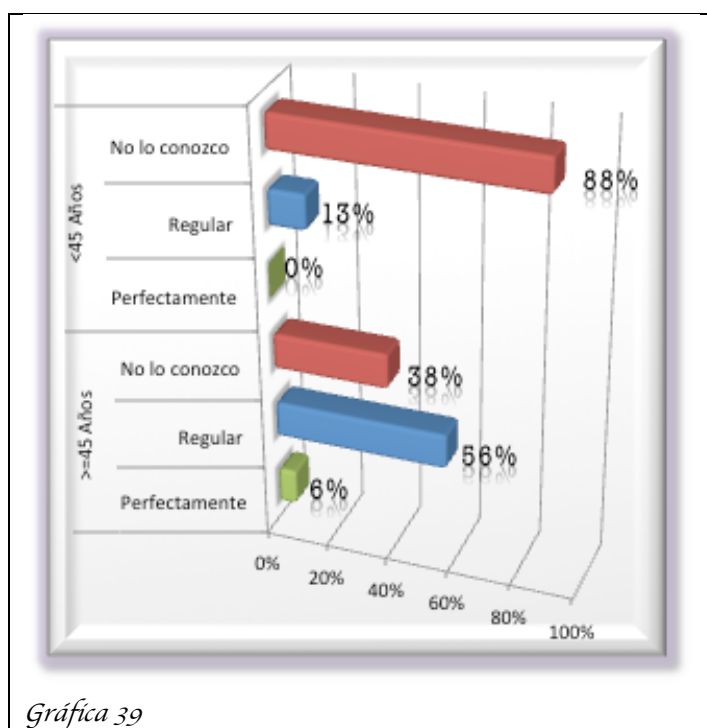
En la diferenciación por sexos son mayores las mujeres (88%) que no lo conocen que los hombres (38%).

Tabla 36.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Perfectamente	1	1	6%	0	0%
Regular	12	9	56%	3	13%
No lo conozco	21	6	38%	21	88%



Los mayores de 45 años que no conocen nada sobre la actual ley regional tienen mayor conocimiento (56%) frente a los menores de 45 años con un 13% con un conocimiento medio.

Tabla 37.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Perfectamente	1	1	6%	0	0%
Regular	12	9	56%	3	13%
No lo conozco	21	6	38%	21	88%



Gráfica 39

V.3.5 Discusión.

La asignatura de Ética Médica es de reciente implantación, sea como asignatura obligatoria u optativa, en la carrera. Esto podría explicar el bajo conocimiento de las principales teorías éticas sobre las que se asienta el ejercicio profesional que, sin embargo son mejor conocidas por los menores de 45 años.

Pero con el conocimiento de los principios éticos, que es mayor, se da el hecho curioso de que los menores de 45 años tienen menor nivel que los más veteranos. ¿ Puede ser por la autoformación posterior a la licenciatura?.

Los resultados obtenidos en la gradación de los principios (mayoría aplastante del de No Maleficencia y Beneficencia) nos hacen pensar en una estructura ética paternalista. Se manifiesta en mayor medida en las mujeres y en los mayores de 45 años. Será muy interesante ver si en la resolución de los problemas éticos siguen manteniendo esa tendencia.

Nos ha sorprendido el desconocimiento del Código Deontológico (83%) acentuado en las mujeres y que alcanza a la totalidad de los menores de 45 años. Hemos comentado este dato con los compañeros y vienen a justificarlo en que el nuevo código, de 2011, no se ha distribuido por parte de los Colegios, como habitualmente se hacía y tampoco han comunicado que está colgado en la web del Consejo General.

Poco hay que discutir del conocimiento de la normativa legal que nos afecta. Los datos, significativos estadísticamente, hablan por si solos y hallamos respuestas similares en los tres niveles solicitados así como en las variantes de sexo y edad.

V.4 BLOQUE IV. Preocupaciones éticas de los dermatólogos de Castilla La Mancha

Iniciamos ahora una serie de preguntas orientadas a conocer cuales son las preocupaciones éticas de los dermatólogos de Castilla La Mancha.

V.4.1 Grado de preocupación sobre problemas éticos que afectan en primera persona.

La primera de las cuestiones hace referencia al grado de preocupación *“IV.1.- En relación a los siguientes conceptos, que se refieren a problemas éticos sobre asuntos que le afectan en primera persona, indique el grado de preocupación que le producen”*.

Tabla 38.	Respuestas	Porcentajes
Nivel de formación técnica	26	17%
Nivel de formación ética	12	8%
Formación continuada	26	17%
Tiempo para el estudio	20	13%
Relación con los compañeros del Servicio	20	13%
Relación con los compañeros de otros servicios	10	6%
Secreto profesional	18	12%
Seguridad en el puesto de trabajo	24	15%



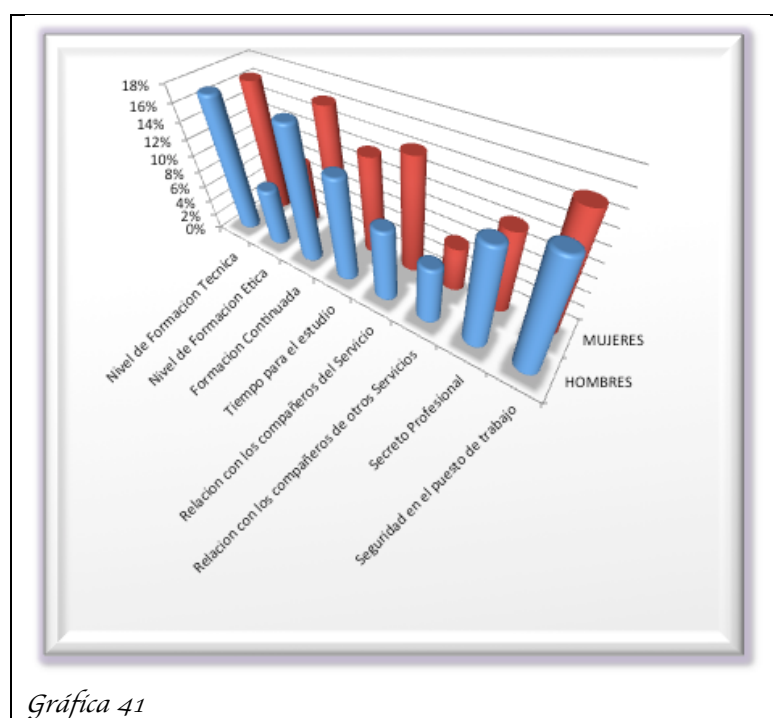
Gráfica 40

Como podemos comprobar revisando la tabla y la gráfica, existe una mayor preocupación por los siguientes conceptos de formación: “Nivel de formación técnica” (17%) y “Formación continuada” (17%). El concepto menos valorado o menos importante para los dermatólogos es la “Relación con los compañeros de otros servicios” (6%) mientras que la relación con sus compañeros de servicio la encuadran en el cuarto lugar por importancia.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,002 y p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

En los resultados diferenciando por sexos tenemos un resultado igual que el obtenido de forma conjunta.

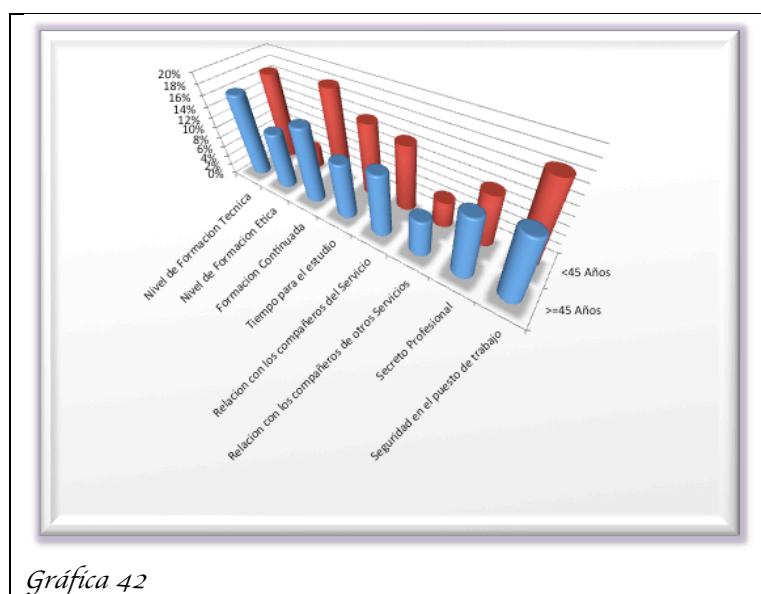
Tabla 39.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Nivel de formación técnica	26	9	17%	17	17%
Nivel de formación ética	12	4	8%	8	8%
Formación continuada	26	9	17%	17	17%
Tiempo para el estudio	20	7	13%	13	13%
Relación con los compañeros del Servicio	20	5	9%	15	15%
Relación con los compañeros de otros servicios	10	4	8%	6	6%
Secreto profesional	18	7	13%	11	11%
Seguridad en el puesto de trabajo	24	8	15%	16	16%



Gráfica 41

Mientras, en la grafica de los mayores de 45 años podemos observar que para ellos lo mas importante es el “nivel de la formación técnica” (16%) por encima de la “formación continuada” (15%) y para los menores se mantiene un resultado similar al de la encuesta global teniendo como principal concepto ético la “formación continuada”, destacando que aparece como segundo concepto mas importante la “Seguridad en el puesto de trabajo”

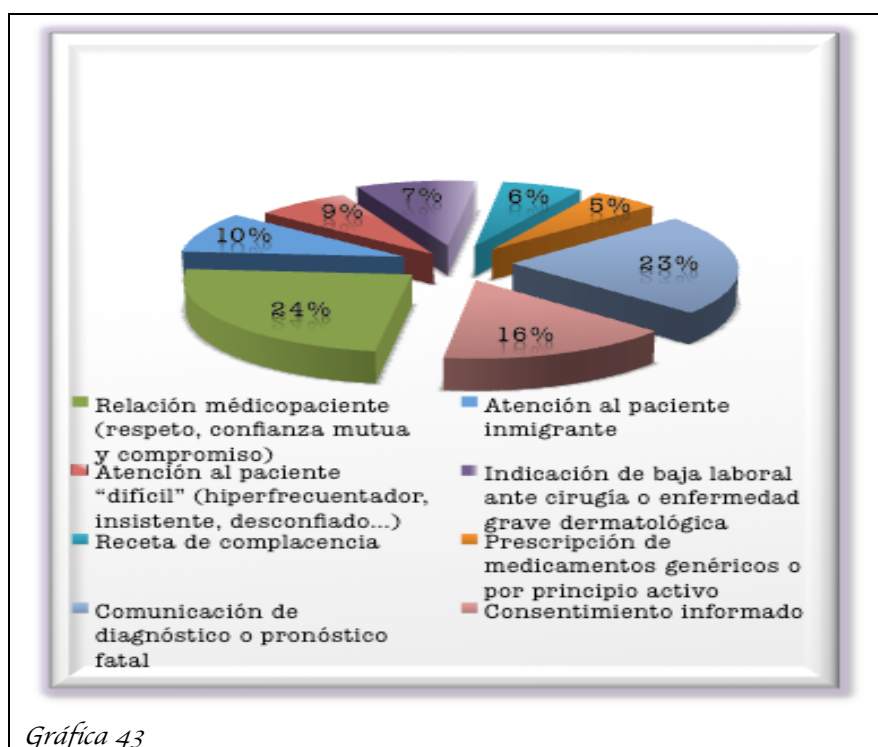
Tabla 40.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Nivel de formación técnica	26	13	16%	13	17%
Nivel de formación ética	12	9	11%	3	4%
Formación continuada	26	12	15%	14	18%
Tiempo para el estudio	20	9	11%	11	14%
Relación con los compañeros del Servicio	20	10	13%	10	13%
Relación con los compañeros de otros servicios	10	6	8%	4	5%
Secreto profesional	18	10	13%	8	11%
Seguridad en el puesto de trabajo	24	11	14%	13	17%



V.4.2 Grado de preocupación sobre problemas éticos surgidos en la relación médico-paciente

La segunda de las cuestiones referentes al grado de preocupación del médico hace referencia a los problemas éticos en la relación médico-paciente. *“IV.2.- En relación a los siguientes conceptos, que se refieren a los problemas éticos surgidos en la relación médico-paciente, indique el grado de preocupación que le producen”.*

Tabla 41.		Respuestas	Porcentajes
Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso)		23	24%
Atención al paciente inmigrante		9	9%
Atención al paciente “difícil” (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...)		7	7%
Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica		9	9%
Receta de complacencia		6	6%
Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo		5	5%
Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal		22	23%
Consentimiento informado		15	16%



Gráfica 43

En los resultados a esta pregunta a nivel global se observa que el principal problema ético que encuentran los dermatólogos en su relación directa con el paciente es “Respeto, confianza mutua y compromiso” (24%) seguido muy de cerca de la “Comunicación de diagnóstico fatal” (23%).

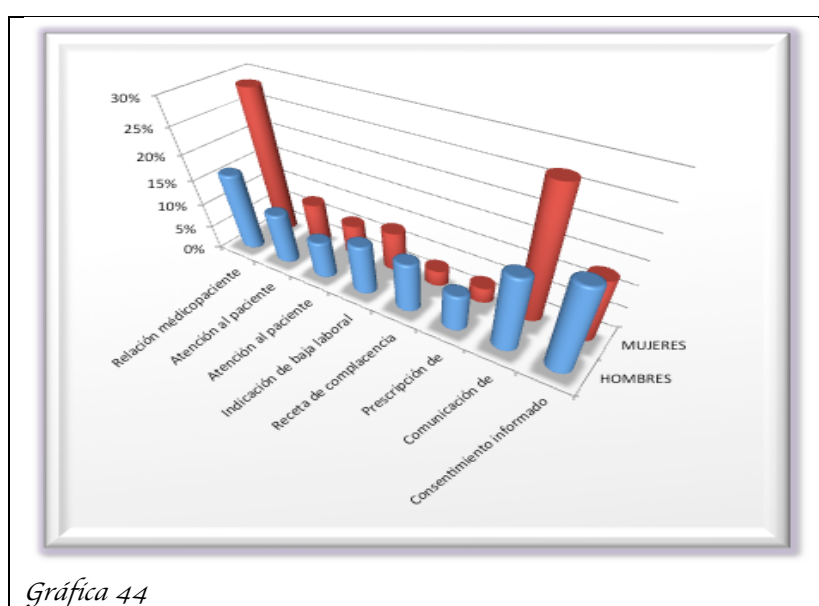
Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000 y p-valor 0,002), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre los que respondieron la Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica y el puesto de trabajo del encuestado. (anexo 2). También existe una relación entre los que respondieron a esta pregunta con la Receta de complacencia con los años de ejercicio de los encuestados. (tabla del anexo 2).

También existe relación entre los que respondieron a esta pregunta en el apartado de la receta de complacencia con los años de ejercicio de los encuestados. (anexo 2)

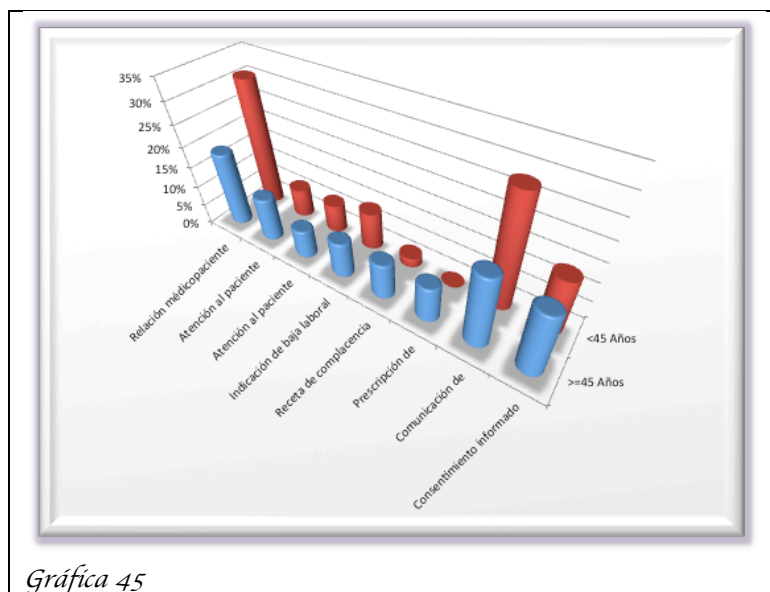
Los hombres tienen como mayor problema el consentimiento informado con un 19% de los encuestados y las mujeres la relación médico-paciente de respeto, confianza mutua y compromiso con un 29%.

Tabla 42.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso)	23	6	16%	17	29%
Atención al paciente inmigrante	9	4	11%	5	8%
Atención al paciente "difícil" (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...)	7	3	8%	4	7%
Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica	9	4	11%	5	8%
Receta de complacencia	6	4	11%	2	3%
Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo	5	3	8%	2	3%
Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal	22	6	16%	16	27%
Consentimiento informado	15	7	19%	8	14%



Por edades los mayores de 45 años consideran su mayor preocupación la comunicación de diagnóstico fatal y la relación médico paciente con un 19% mientras que a los menores les preocupa más la relación médico paciente.

Tabla 43.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso)	23	10	19%	13	31%
Atención al paciente inmigrante	9	6	11%	3	7%
Atención al paciente “difícil” (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...)	7	4	7%	3	7%
Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica	9	5	9%	4	10%
Receta de complacencia	6	5	9%	1	2%
Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo	5	5	9%	0	0%
Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal	22	10	19%	12	29%
Consentimiento informado	15	9	17%	6	14%



V.4.3 Grado de preocupación sobre problemas éticos surgidos de la relación con terceros

La tercera de las cuestiones referentes al grado de preocupación del médico hace referencia a los problemas éticos surgidos de la relación con terceros. **“IV.3.- En relación a los siguientes conceptos, que se refieren a problemas éticos surgidos en la relación con terceros (principalmente Administración e Industria Farmacéutica), indique el grado de preocupación que le producen”.**

Tabla 44.		Respuestas	Porcentajes
Horario laboral y presión asistencial	23	17%	
Honorarios profesionales	15	11%	
Carrera profesional	17	13%	
Organización del Servicio	21	16%	
Presión de la administración respecto al	10	7%	
Historia clínica y su seguridad	15	11%	
Respaldo jurídico de la Administración	25	19%	
Relación con la Industria Farmacéutica	8	6%	

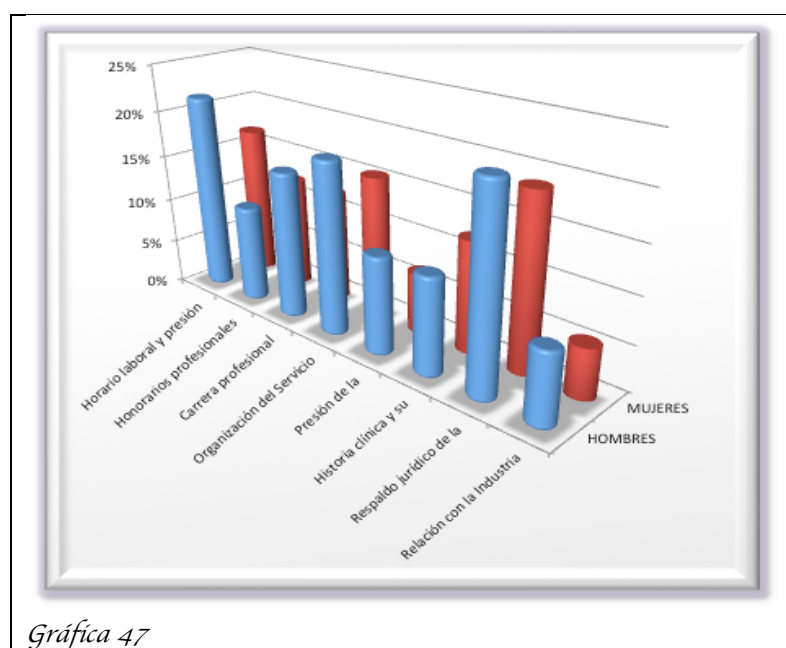


En sus relaciones con la Administración y con la Industria Farmacéutica, los dermatólogos sienten mayor preocupación por el “Respaldo Jurídico de la Administración” y como menor preocupación tienen la relación con la Industria Farmacéutica.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,002 y p-valor 0,004), que se pueden generalizar al resto de población.

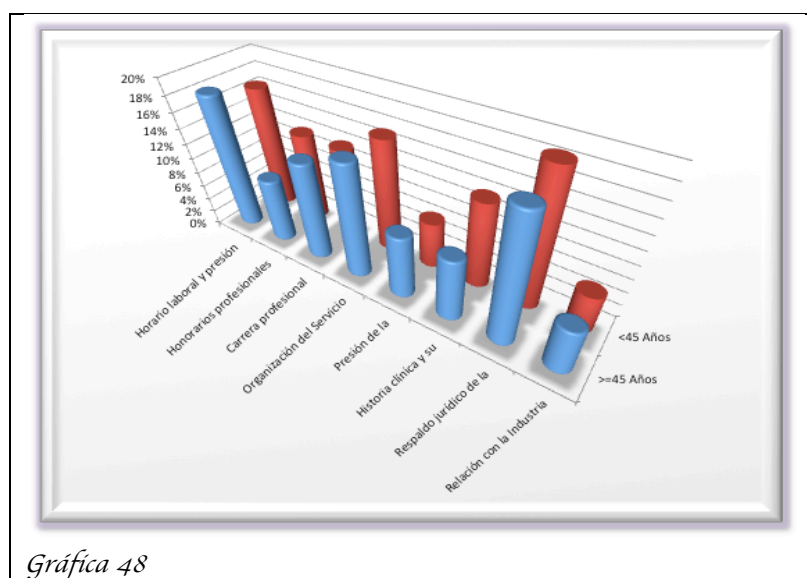
Tanto hombres como mujeres siguen la misma tendencia y han apuntado al Respaldo jurídico de la Administración (18%) como mayor preocupación. Los hombres también, en el mismo porcentaje (18%) piensan que el Horario laboral y presión asistencial son importantes.

Tabla 45.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Horario laboral y presión asistencial	23	8	18%	15	17%
Honorarios profesionales	15	4	9%	11	12%
Carrera profesional	17	6	14%	11	12%
Organización del Servicio	21	7	16%	14	16%
Presión de la administración respecto al gasto	10	4	9%	6	7%
Historia clínica y su seguridad	15	4	9%	11	12%
Respaldo jurídico de la Administración	25	8	18%	17	19%
Relación con la Industria Farmacéutica	8	3	7%	5	6%



Al igual que en las dos anteriores tablas, tanto mayores como menores de 45 años han elegido el respaldo jurídico de la administración como tema de mayor preocupación.

Tabla 46.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Horario laboral y presión asistencial	23	8	18%	15	17%
Honorarios profesionales	15	4	9%	11	12%
Carrera profesional	17	6	14%	11	12%
Organización del Servicio	21	7	16%	14	16%
Presión de la administración respecto al gasto	10	4	9%	6	7%
Historia clínica y su seguridad	15	4	9%	11	12%
Respaldo jurídico de la Administración	25	8	18%	17	19%
Relación con la Industria Farmacéutica	8	3	7%	5	6%



Gráfica 48

V.4.4 Discusión

Respecto a las preocupaciones que afectan en primera persona observamos que la mayor importancia se da a nivel de formación técnica y al poder tener tiempo para seguir formándose, lo cual demuestra un alto grado de responsabilidad profesional .

Llama la atención que, considerando la importancia que han dado a la necesidad de que la asignatura de Ética Médica esté integrada en la formación durante la licenciatura y que se establezcan mecanismos formativos en éste área durante la especialidad se coloque en nivel de formación ética en el penúltimo lugar de las ocho preocupaciones sobre las que hemos inquirido.

Las preocupaciones éticas en la relación médico paciente vienen encabezadas por los principios que deben regir ésta y la comunicación de malas noticias. Parece lógico. A continuación está el respeto a la autonomía del paciente, con un sesgo en las variables sexo y edad acorde con las respuestas obtenidas en la gradación que solicitábamos de los principios éticos.

Como colofón de éste apartado significar que las preocupaciones del médico dermatólogo en su relación con terceros se circunscriben, fundamentalmente, a aquellas relacionados con su empleador y en segundo lugar, a los instrumentos profesionales.

V.5 I. Actitud Ética del Médico Dermatólogo

Las respuestas obtenidas en la primera encuesta, referidas a la formación y a las preocupaciones éticas del dermatólogo, nos permiten abordar las cuestiones que nos introduzcan en el conocimiento de la actitud ética de éste. Queremos conocer la disposición intelectual y anímica desde la que va a afrontar los dilemas éticos que la actividad profesional le plantea. Hablamos de actitud, de disposición que dimana de la estructura mental acrisolada en los conocimientos adquiridos y las vivencias profesionales y personales. Para ello hemos diseñado la siguiente batería de preguntas divididas, a su vez, en tres bloques.

V.5.1 Frente al estudio y la formación continuada

V.5.1.1 “¿Considera que el ejercicio de la dermatología es un servicio basado en el conocimiento científico, la destreza técnica y las actitudes éticas?”

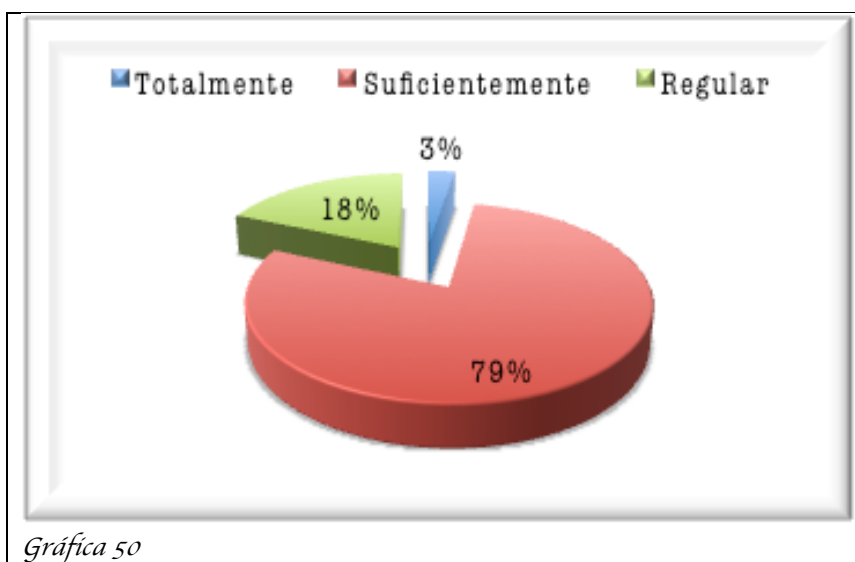
Tabla 47.	Respuestas	Porcentajes
Sí, las tres	38	100%
Sólo conocimiento y ciencia	0	0%



Por unanimidad los dermatólogos encuestados coinciden en que la dermatología es un servicio basado en el conocimiento científico, la destreza técnica y las actitudes éticas. Por lo tanto no cabe diferenciaciones entre los encuestados en cuanto a sexo y edad. La significatividad estadística de los datos obtenidos es obvia.

V.5.1.2 “ Si su respuesta anterior ha sido afirmativa, ¿Se considera formado en esos tres aspectos?”

Tabla 48.	Respuestas	Porcentajes
Totalmente	1	3%
Suficientemente	30	79%
Regular	7	18%

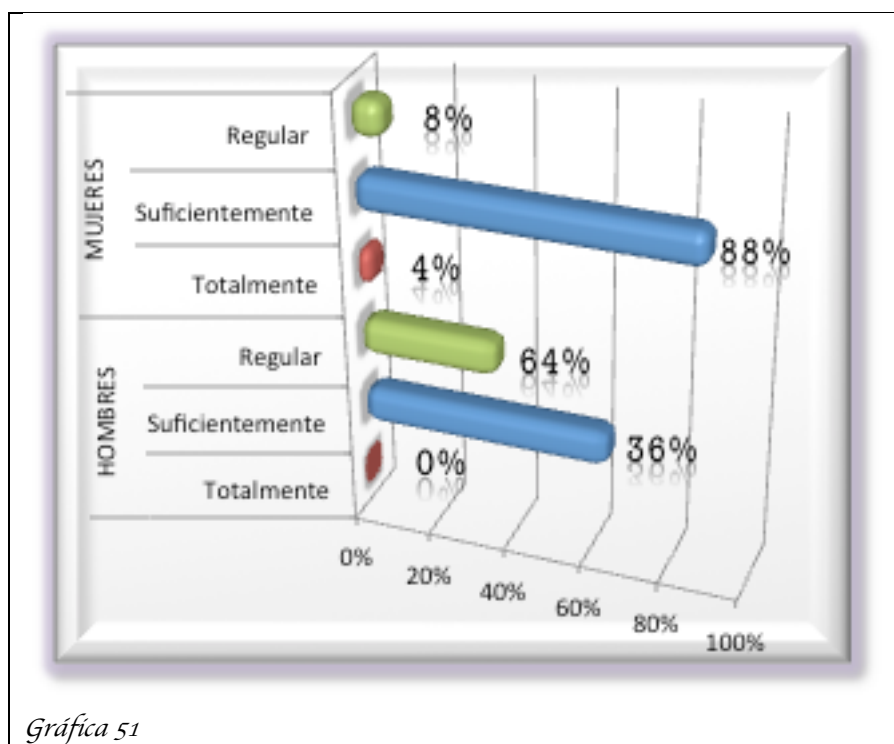


Según se comprueba en la tabla anterior, el 79% de los dermatólogos encuestados afirman estar suficientemente formados en los tres aspectos, mientras que únicamente el 3% afirman estar totalmente formados.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

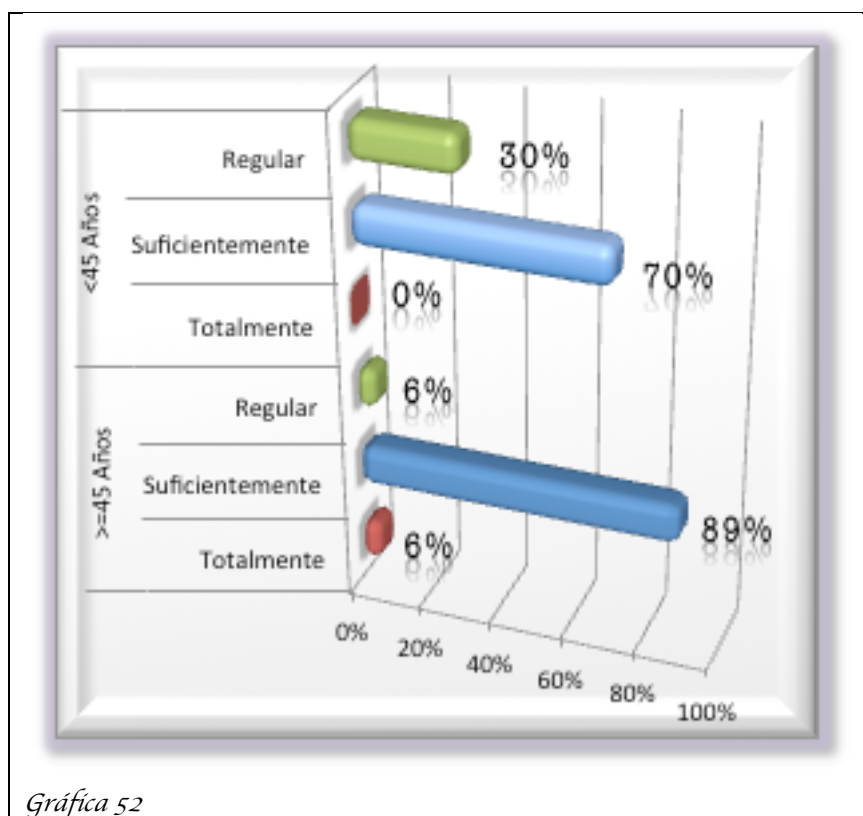
En cuanto al análisis de la variable de sexo parece que las mujeres creen estar suficientemente preparadas en mayor medida que los hombres. Las mujeres consideran en un 88% estar suficientemente formadas mientras que los hombres solo en un 64%.

Tabla 49.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Totalmente	1	0	0%	1	4%
Suficientemente	30	9	64%	21	88%
Regular	7	5	36%	2	8%



Diferenciando por edades, los mayores de 45 años consideran en un 89% estar suficientemente formados mientras que los menores consideran estar suficientemente formados en menor cantidad (70%).

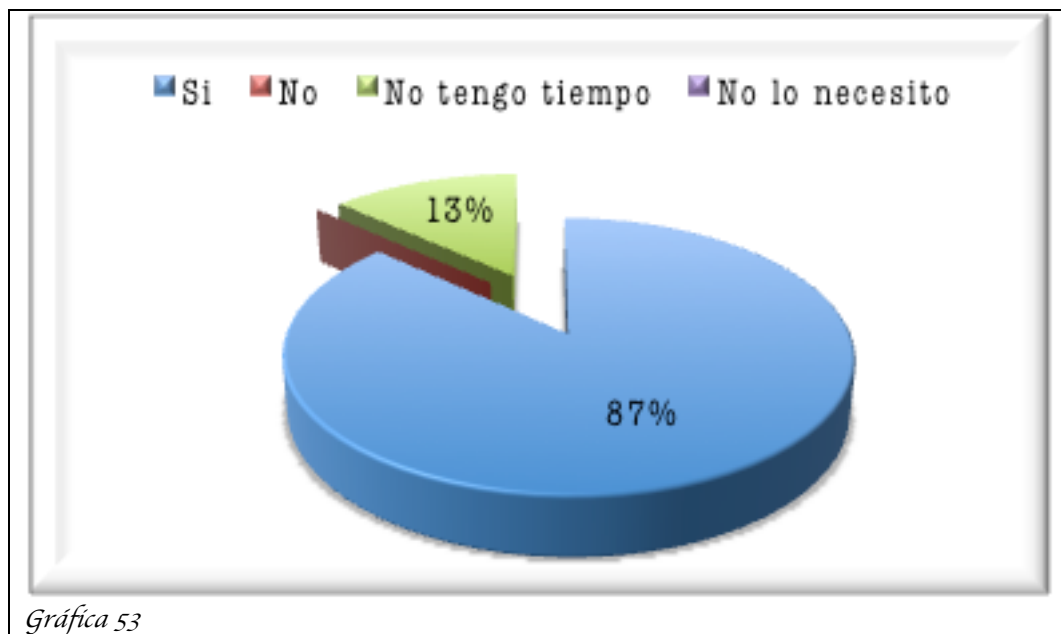
Tabla 50.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Totalmente	1	1	6%	0	0%
Suficientemente	30	16	89%	14	70%
Regular	7	1	6%	6	30%



Gráfica 52

V.5.1.3 “¿Considera que cumple con el deber ético del estudio?”

Tabla 51.	Respuestas	Porcentajes
Si	33	87%
No	0	0%
No tengo tiempo	5	13%
No lo necesito	0	0%

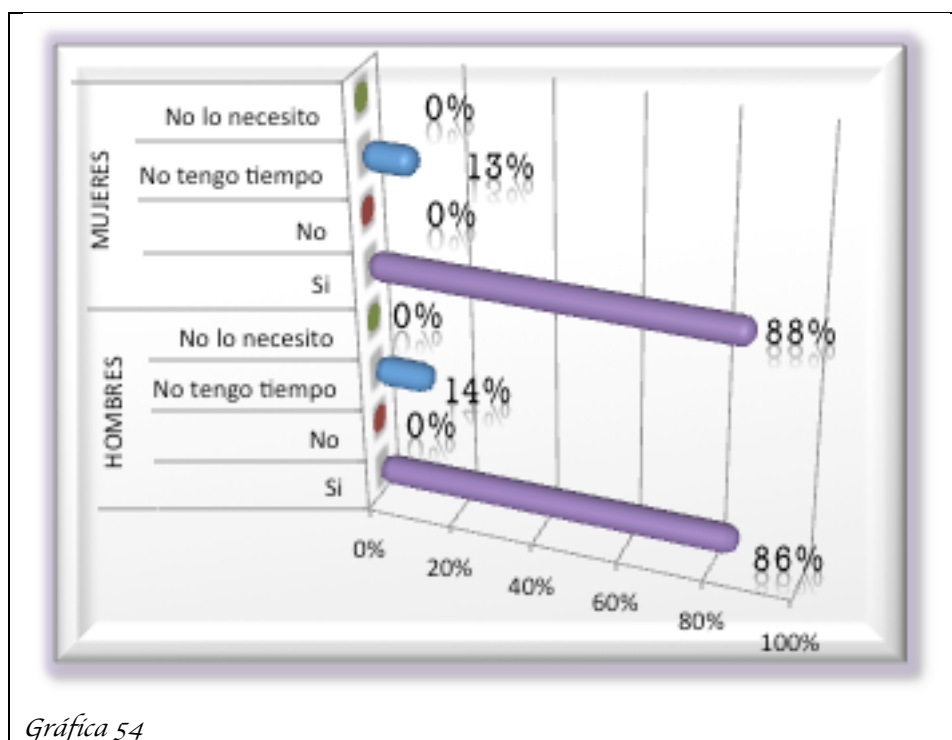


El 87% de las respuestas son afirmativas y consideran que cumplen con el deber ético del estudio.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

La diferenciación por sexo es muy similar, con un 88 y un 86% respectivamente entre mujeres y hombres.

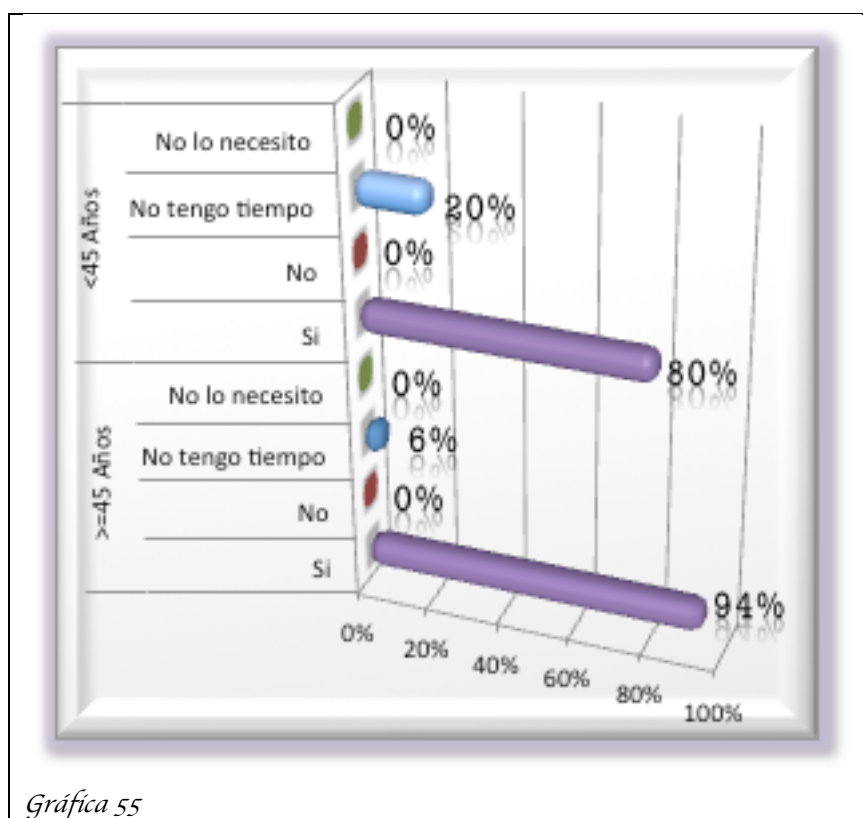
Tabla 52.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	Si	12	86%	21	88%
	No	0	0%	0	0%
	No tengo tiempo	2	14%	3	13%
	No lo necesito	0	0%	0	0%



Gráfica 54

Los mayores de 45 años, prácticamente en su totalidad 94% considera que cumple con el deber ético del estudio y los menores de 45 años en un 80%.

Tabla 53.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
	Si	17	94%	16	80%
	No	0	0%	0	0%
	No tengo tiempo	1	6%	4	20%
	No lo necesito	0	0%	0	0%



V.5.1.4 “¿Cómo considera la realización de actividades de formación continuada?”

Tabla 54.	Respuestas	Porcentajes
Imprescindibles	16	42%
Necesarias	18	47%
Convenientes	4	11%
No necesarias	0	0%

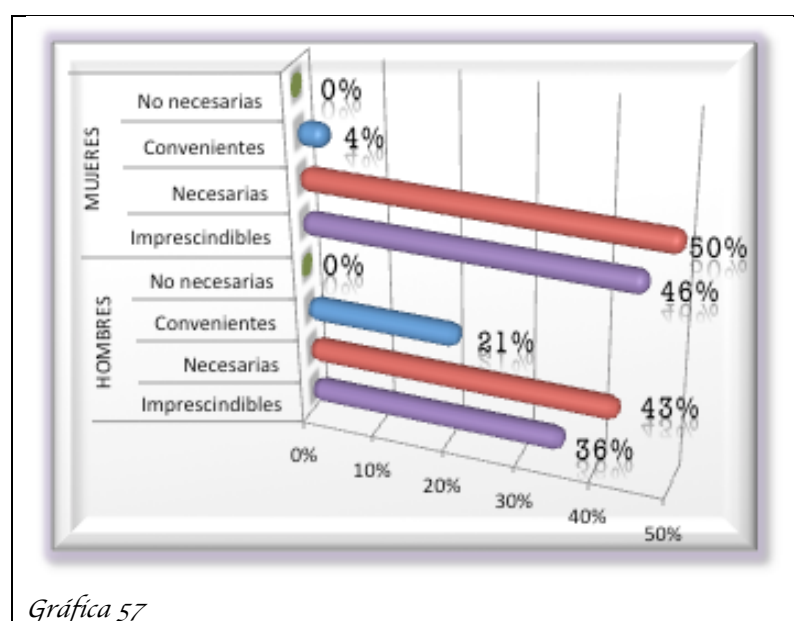


Se ha respondido mayoritariamente a que las actividades de formación continuada son necesarias o imprescindibles con un 47 y 42% respectivamente.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,011), que se pueden generalizar al resto de población.

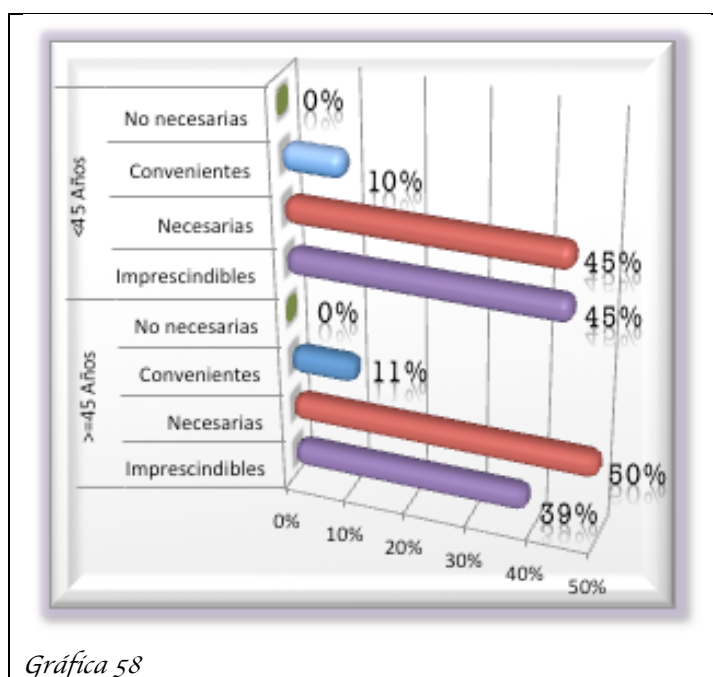
Tanto las mujeres como los hombres han seguido la tónica de las respuestas globales eligiendo como imprescindibles o necesarias las actividades de formación continuada con una superioridad mayor por parte de las mujeres en cuanto que, si sumamos ambos apartados, aventajan en un 17% a los hombres.

Tabla 55.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	Imprescindibles	5	36%	11	46%
	Necesarias	6	43%	12	50%
	Convenientes	3	21%	1	4%
	No necesarias	0	0%	0	0%



Los menores de 45 años han considerado un mismo porcentaje (45%) estas actividades como necesarias o imprescindibles, siendo unos resultados prácticamente idénticos a los que superan esa edad.

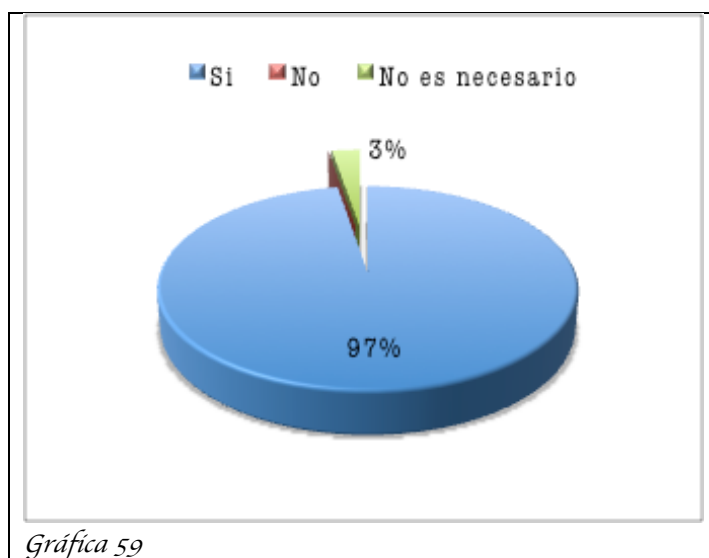
Tabla 56.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Imprescindibles	16	7	39%	9	45%
Necesarias	18	9	50%	9	45%
Convenientes	4	2	11%	2	10%
No necesarias	0	0	0%	0	0%



Gráfica 58

V.5.1.5 “¿Considera que la institución donde presta sus servicios debería proteger un tiempo para su formación continuada?”

Tabla 57.	Respuestas	Porcentajes
Si	37	97%
No	0	0%
No es necesario	1	3%



La protección de un tiempo para la formación continuada por parte de la institución donde prestan los dermatólogos los servicios es considerada casi mayoritariamente (97%) como totalmente necesaria.

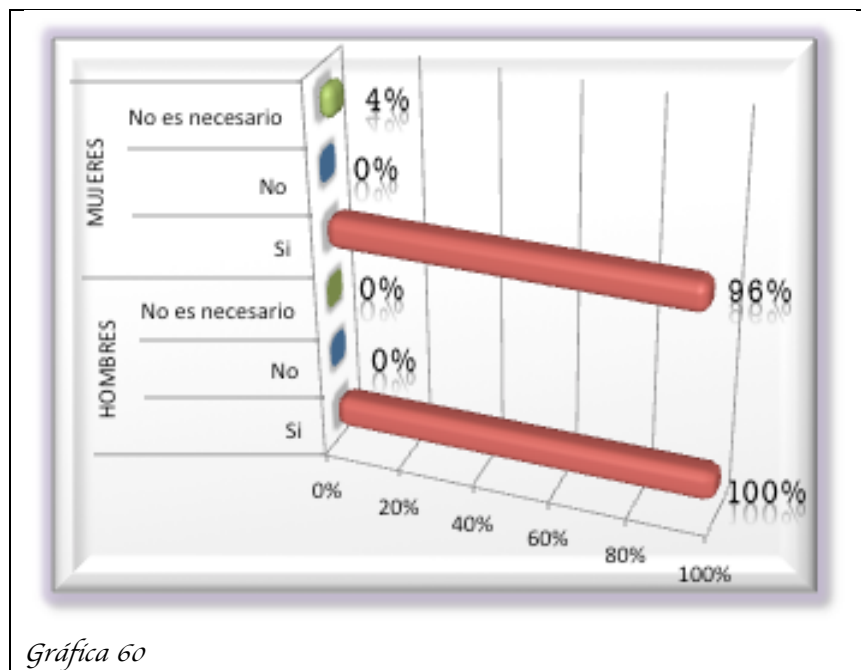
Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el puesto de trabajo del encuestado. (anexo 2).

Y las variables son gráficamente descriptivas:

La de sexo.

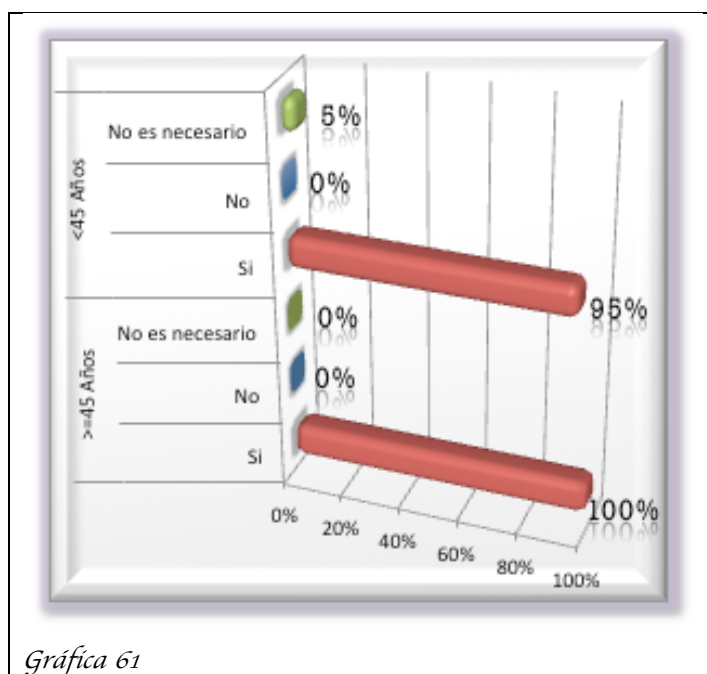
Tabla 58.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Si	37	14	100%	23	96%
No	0	0	0%	0	0%
No es necesario	1	0	0%	1	4%



Gráfica 60

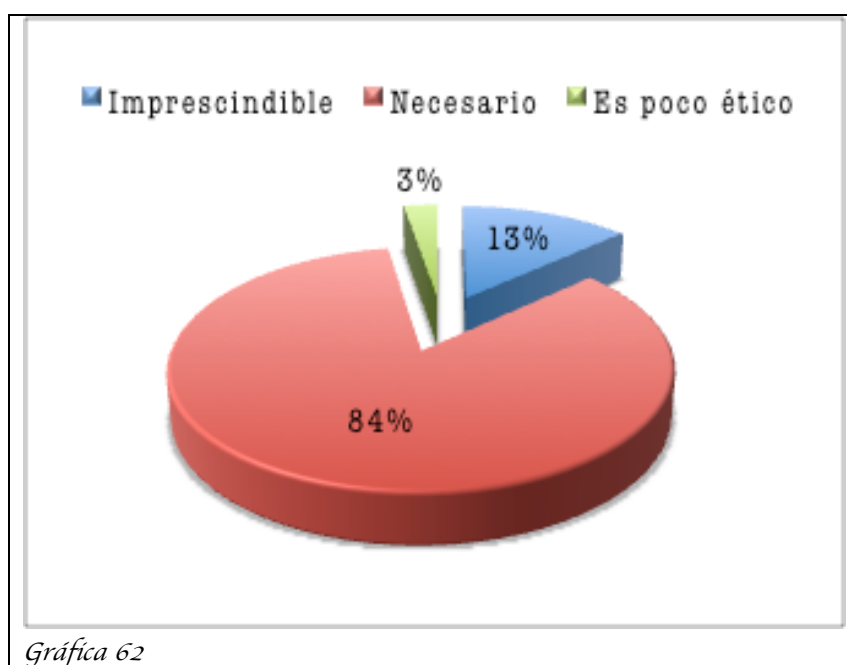
Encontrándonos, debido a la casi unanimidad en la respuesta global, que tanto hombres como mujeres y tanto mayores como menores de 45 años opinan de idéntica manera.

Tabla 59.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Si	37	18	100%	19	95%
No	0	0	0%	0	0%
No es necesario	1	0	0%	1	5%



V.5.1.6 “¿Qué opinión le merece el que la Industria Farmacéutica contribuya a la formación continuada del dermatólogo?”

Tabla 60.	Respuestas	Porcentajes
Imprescindible	5	13%
Necesario	32	84%
Es poco ético	1	3%

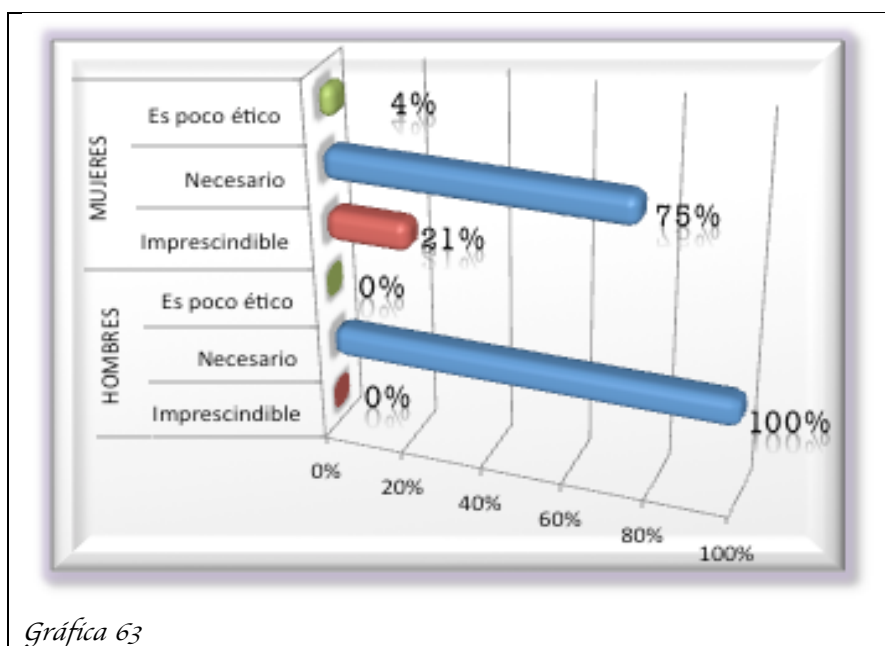


En un 84% de los casos, las respuestas afirmaron como necesaria la contribución de la industria farmacéutica a la formación del dermatólogo, mientras que únicamente el 3% considero dicho acto como poco ético.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

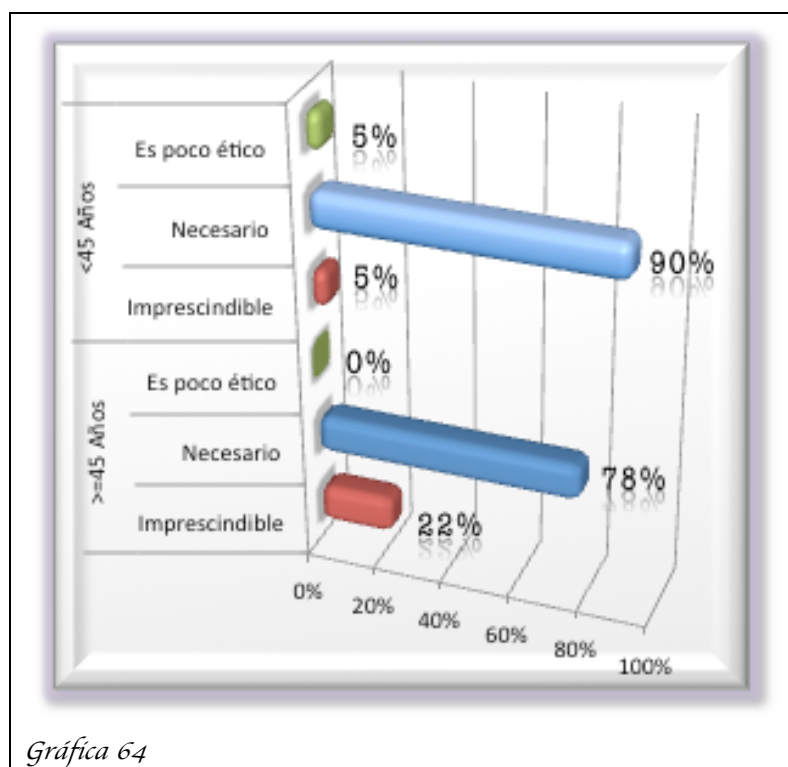
El 100% de los hombres consideran que es necesaria dicha colaboración mientras que en las mujeres dicho porcentaje se quedo en un 75%.

Tabla 61.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Imprescindible	5	0	0%	5	21%
Necesario	32	14	100%	18	75%
Es poco ético	1	0	0%	1	4%



Son los menores de 45 años los que consideran en un porcentaje mayor (90%) la necesidad de dicha colaboración mientras que los mayores de 45 se quedaron con el 78%.

Tabla 62.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Imprescindible	5	4	22%	1	5%
Necesario	32	14	78%	18	90%
Es poco ético	1	0	0%	1	5%



Gráfica 64

V.5.1.7 Discusión

Podemos concluir que la mayoría de los dermatólogos consideran estar suficientemente formados a nivel científico, técnico y ético, curiosamente las mujeres y menores de 45 creen estar algo más formadas que los hombres y los mayores de 45. Esta seguridad se fundamenta sobre un sistema de estudio excelente durante la licenciatura y posteriormente durante la formación MIR en la que el médico dermatólogo adquiere suficientes conocimientos como para sentirse seguro durante su ejercicio.

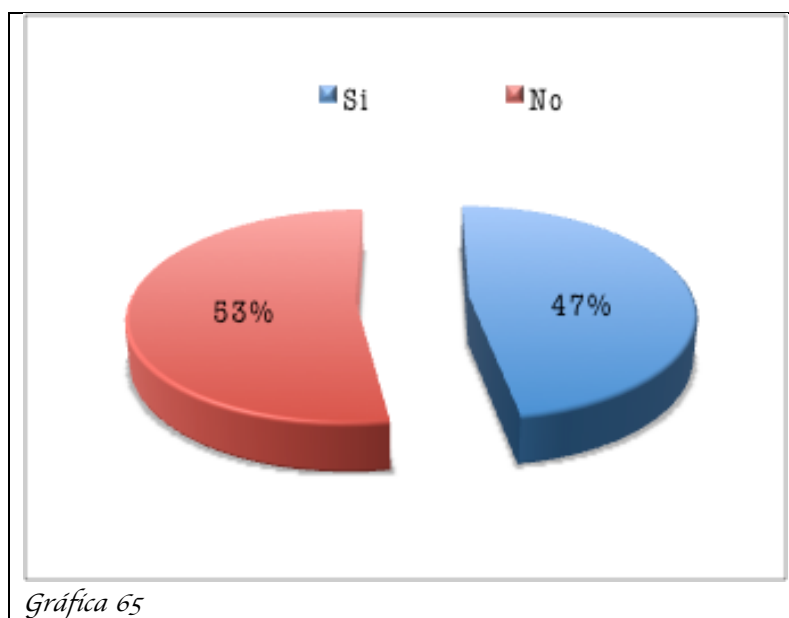
Además la mayoría consideran que cumplen con el deber ético del estudio y que disponen de tiempo suficiente para implementar su formación mediante este y, congruente con esto, también consideran que las actividades de formación continuada son necesarias lo cual manifiesta el claro aspecto vocacional de nuestra profesión dando por sentado que debemos seguir formándonos siempre y además que las actividades de formación continuada las debería proteger la institución donde presta sus servicios .

La opinión respecto a que la industria farmacéutica contribuya a la formación, que es estadísticamente significativa, consideramos que viene sesgada por la costumbre. Desde que somos residentes la industria viene sufragando los eventos formativos, actividad que, normalmente, la empresa empleadora desatiende económicamente.

V.5.2 En la Relación con el Paciente.

V.5.2.1 “ ¿Considera que el tiempo de que dispone para cada paciente es suficiente?”

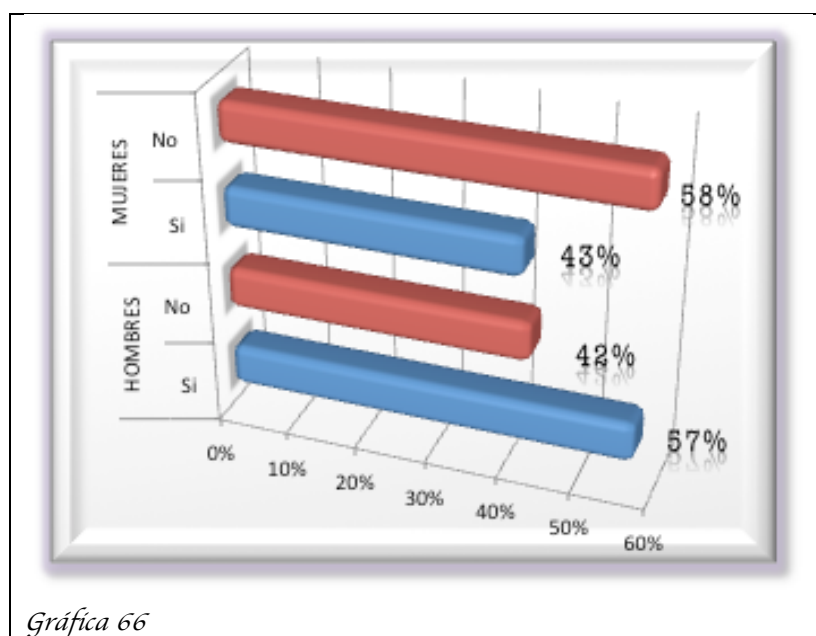
Tabla 63.	Respuestas	Porcentajes
Si	18	47%
No	20	53%



Sorprende la respuesta, ya que es común escuchar la queja en el entorno médico del poco tiempo que se tiene para cada paciente. Solo el 53% considera que el tiempo disponible para cada paciente es insuficiente.

Al analizar la variables por sexo hallamos que los hombres en mayor numero, con un 56%, consideran que el tiempo disponible por paciente es suficiente mientras que las mujeres opinan lo contrario en un 58% de los casos.

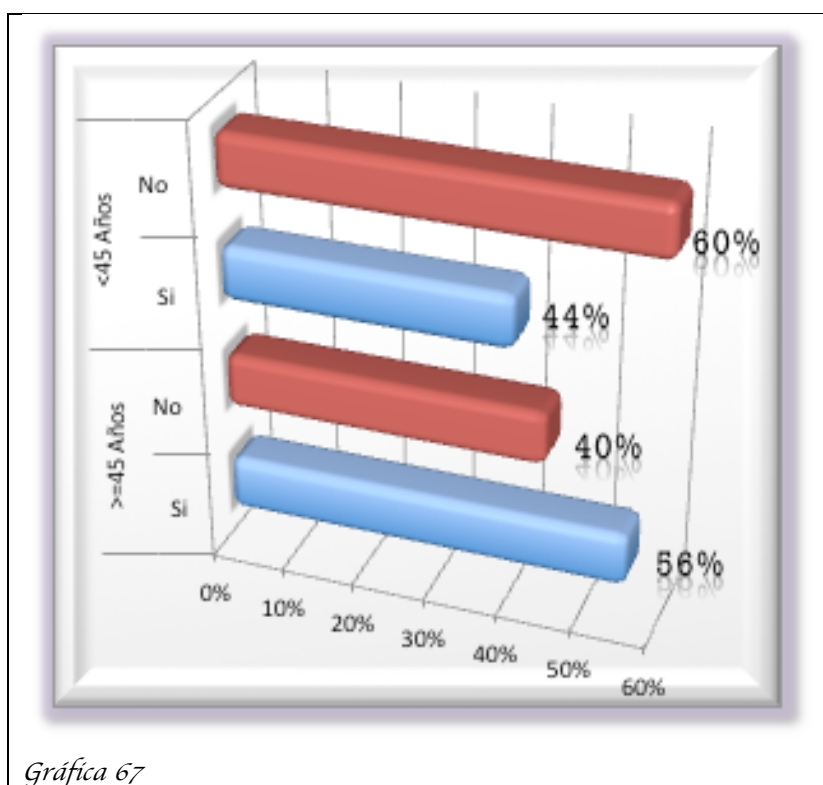
Tabla 64.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Si	18	8	57%	10	42%
No	20	6	43%	14	58%



Gráfica 66

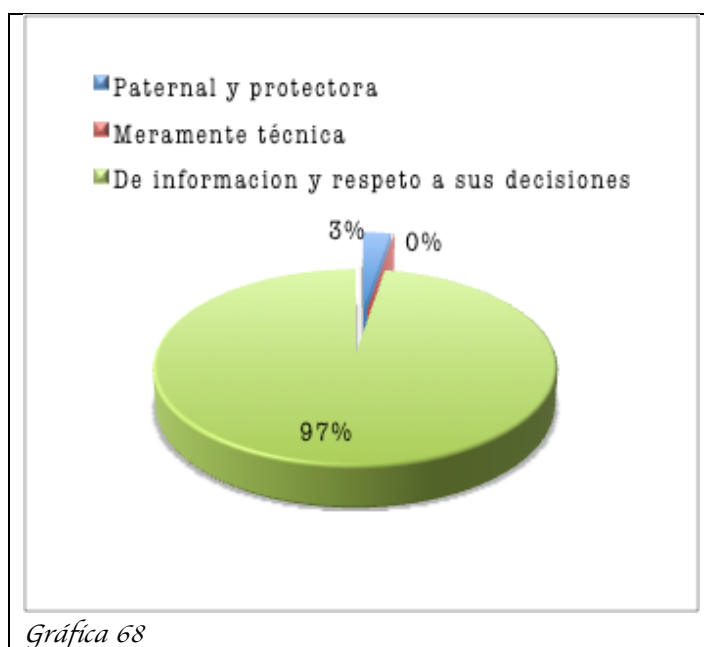
Al estudiar la diferencia entre mayores y menores de 45 años, encontramos que estos últimos opinan en un 60% que no tienen tiempo suficiente. Los mayores en cambio, en un 56% de los casos, consideran suficiente el tiempo disponible.

Tabla 65.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Si	18	10	56%	8	40%
No	20	8	44%	12	60%



V.5.2.2 “ Consciente de la asimetría que existe entre Vd. y su paciente ¿Cuál es su actitud en la relación con él?”

Tabla 66.	Respuestas	Porcentajes
Paternal y protectora	1	3%
Meramente técnica	0	0%
De información y respeto a sus decisiones	37	97%

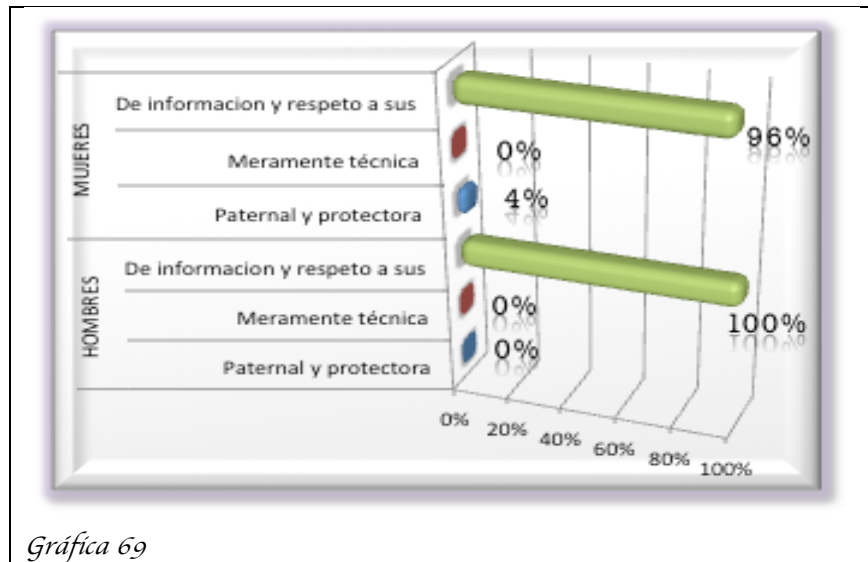


Podríamos decir que, prácticamente en la totalidad de los dermatólogos encuestados, su actitud frente al paciente es de Información y Respeto a sus decisiones.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

La variable de sexo responde a la respuesta general.

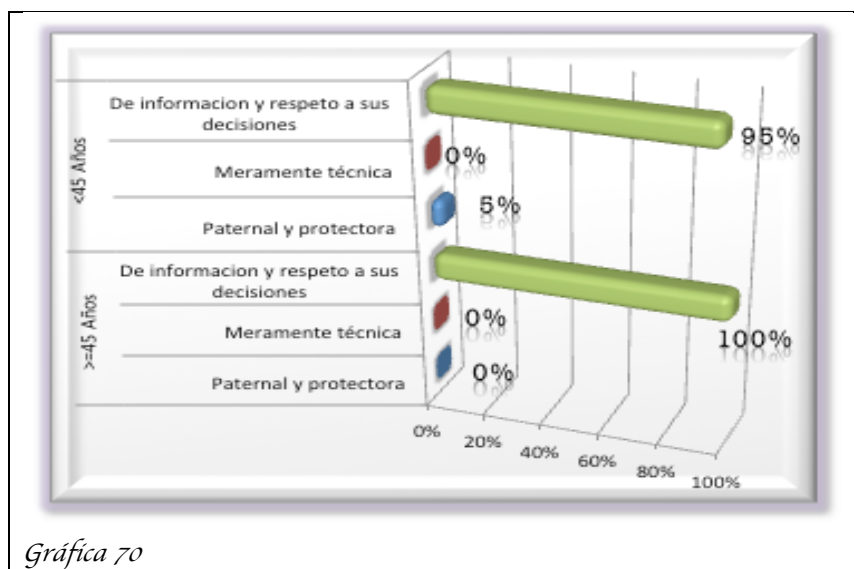
Tabla 67.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	Paternal y protectora	0	0%	1	4%
	Meramente técnica	0	0%	0	0%
	De información y respeto a sus decisiones	14	100%	23	96%



Gráfica 69

Al igual que la de edad.

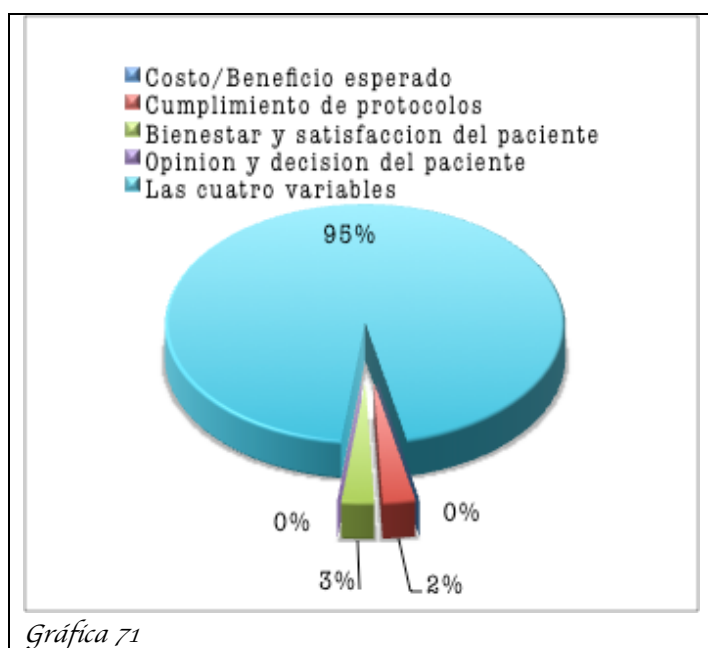
Tabla 68.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Paternal y protectora	1	0	0%	1	5%
Meramente técnica	0	0	0%	0	0%
De información y respeto a sus decisiones	37	18	100%	19	95%



Gráfica 70

V.5.2.3 “A la hora de la aplicación terapéutica ¿Qué valora?”

Tabla 69.	Respuestas	Porcentajes
Costo/Beneficio esperado	0	0%
Cumplimiento de protocolos	1	3%
Bienestar y satisfacción del paciente	1	3%
Opinión y decisión del paciente	0	0%
Las cuatro variables	36	95%

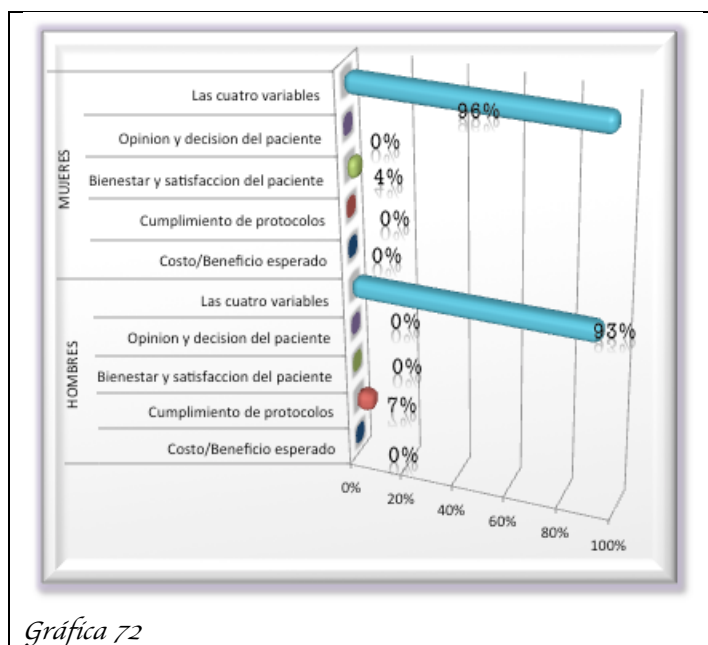


A la hora de aplicación terapéutica los dermatólogos valoran, por encima de cada una de las variables posibles, las cuatro variables en general. Esta respuesta ha contado con el 95% de los apoyos.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

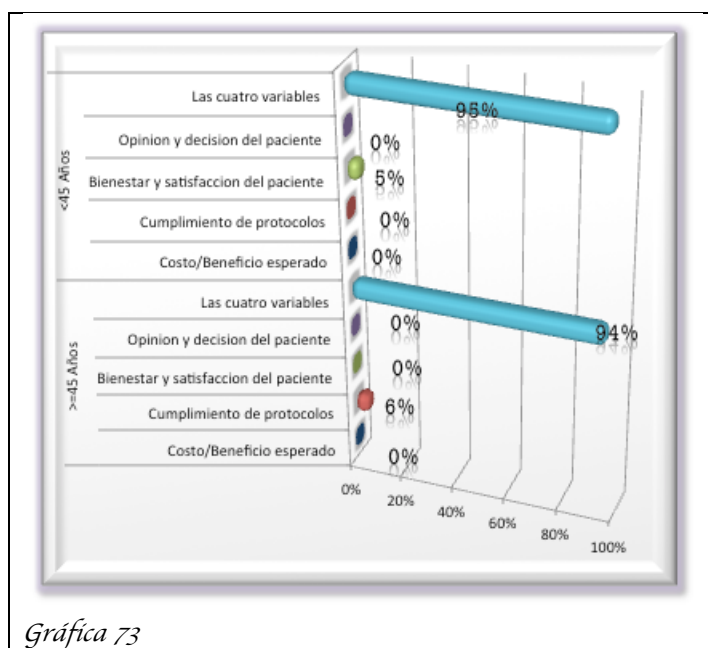
Por lo tanto en la diferenciación por sexos la respuesta en casi total mayoría es idéntica.

Tabla 70.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Costo/Beneficio esperado	0	0	0%	0	0%
Cumplimiento de protocolos	1	1	7%	0	0%
Bienestar y satisfacción del paciente	1	0	0%	1	4%
Opinión y decisión del paciente	0	0	0%	0	0%
Las cuatro variables	36	13	93%	23	96%



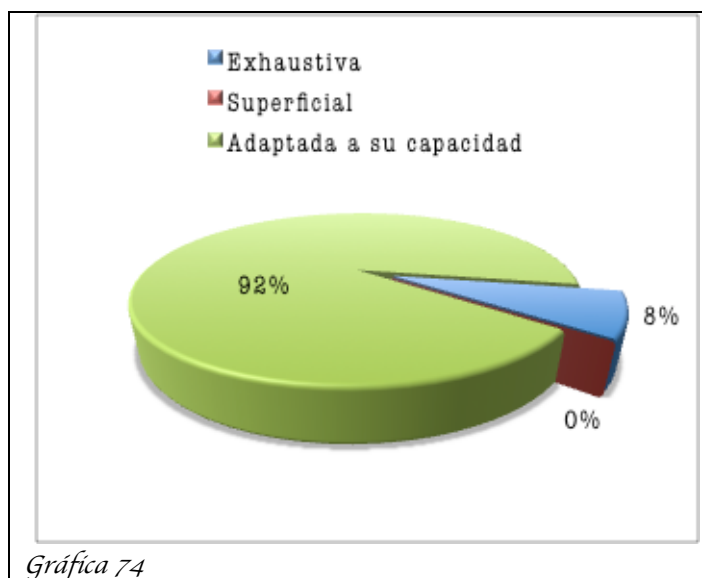
Y lo mismo ocurre en el análisis por edades.

Tabla 71.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Costo/Beneficio esperado	0	0	0%	0	0%
Cumplimiento de protocolos	1	1	6%	0	0%
Bienestar y satisfacción del paciente	1	0	0%	1	5%
Opinión y decisión del paciente	0	0	0%	0	0%
Las cuatro variables	36	17	94%	19	95%



V.5.2.4 “¿Qué tipo de información considera que debe proporcionar al paciente, cuando el proceso morboso tiene un pronóstico malo o infausto?”

Tabla 72.	Respuestas	Porcentajes
Exhaustiva	3	8%
Superficial	0	0%
Adaptada a su capacidad	35	92%



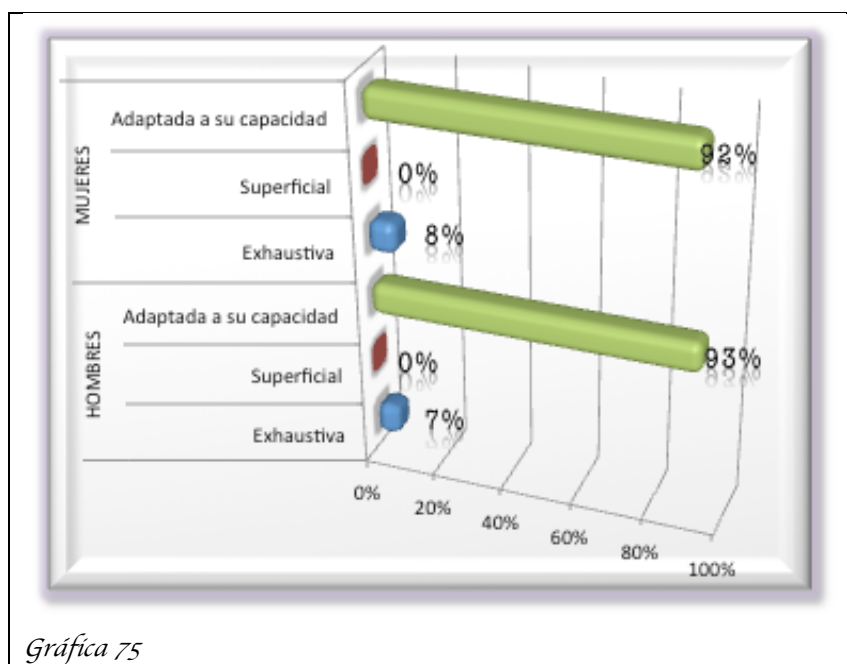
Podríamos decir que aproximadamente en un 90% de la totalidad de los dermatólogos encuestados la información que proporcionan al paciente con un pronóstico malo o infausto es “Adaptada a su necesidad”.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el puesto de trabajo del encuestado. (anexo 2).

En la diferenciación por sexos la respuesta, en total mayoría, es idéntica.

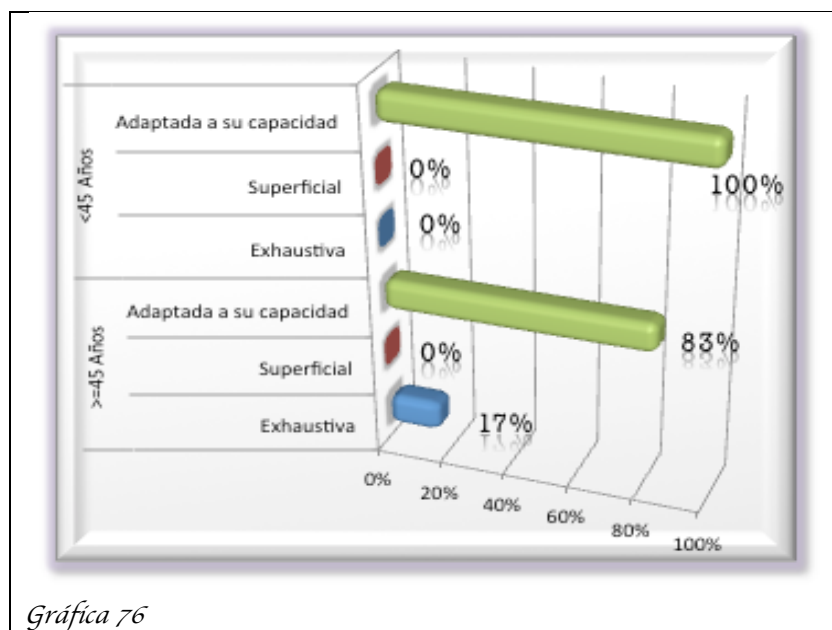
Tabla 73.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Exhaustiva	3	1	7%	2	8%
Superficial	0	0	0%	0	0%
Adaptada a su capacidad	35	13	93%	22	92%



Gráfica 75

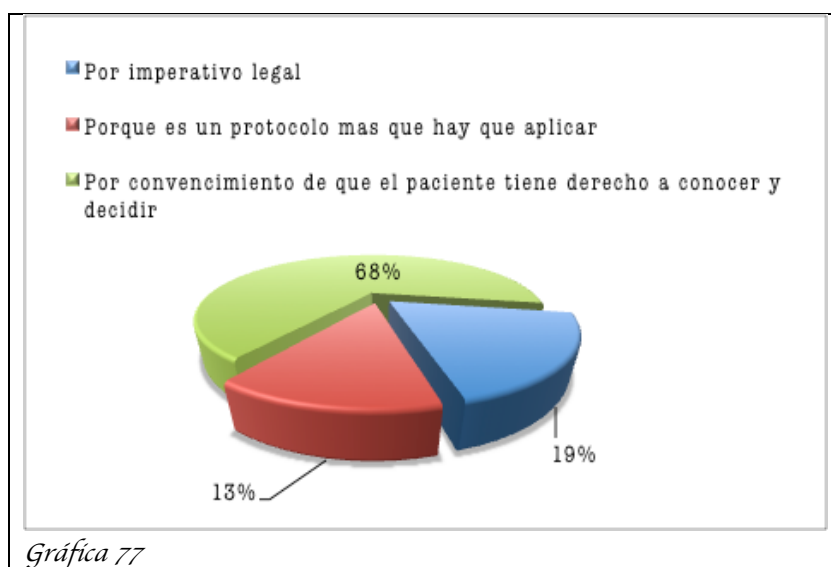
Y lo mismo sucede al analizar la variable de edad.

Tabla 74.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Exhaustiva	3	3	17%	0	0%
Superficial	0	0	0%	0	0%
Adaptada a su capacidad	35	15	83%	20	100%



V.5.2.5 “¿Por qué hace uso del Consentimiento Informado?”

Tabla 75.	Respuestas	Porcentajes
Por imperativo legal	7	18%
Porque es un protocolo más que hay que aplicar	5	13%
Por convencimiento de que el paciente tiene derecho a conocer y decidir	26	68%

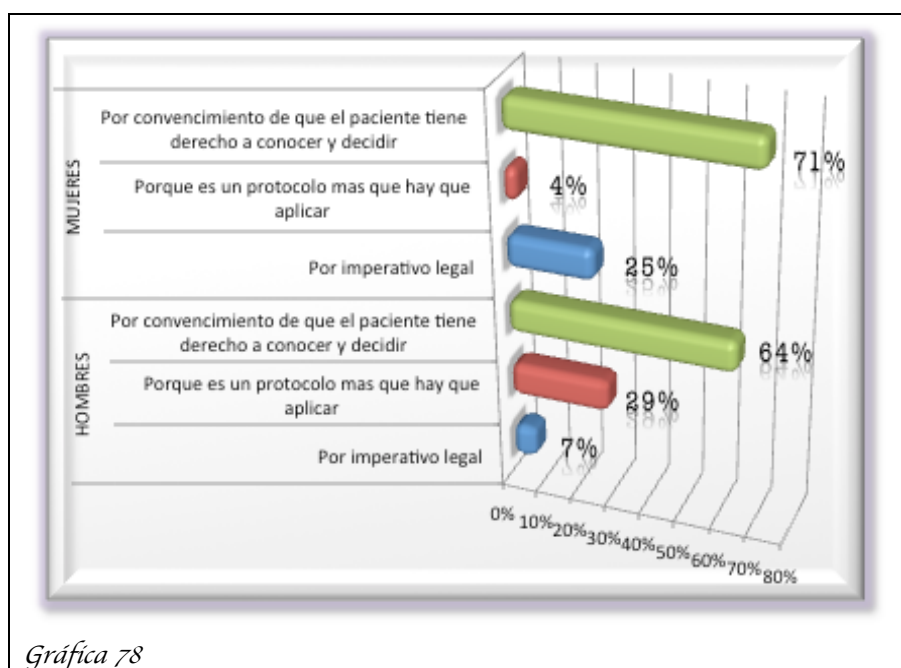


En un 68% de los casos, los encuestados afirman utilizar el consentimiento informado por convencimiento de que el paciente tiene derecho a conocer y decidir. Seguidamente pero a bastante distancia, con un 18%, se hace uso del CI por imperativo legal.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

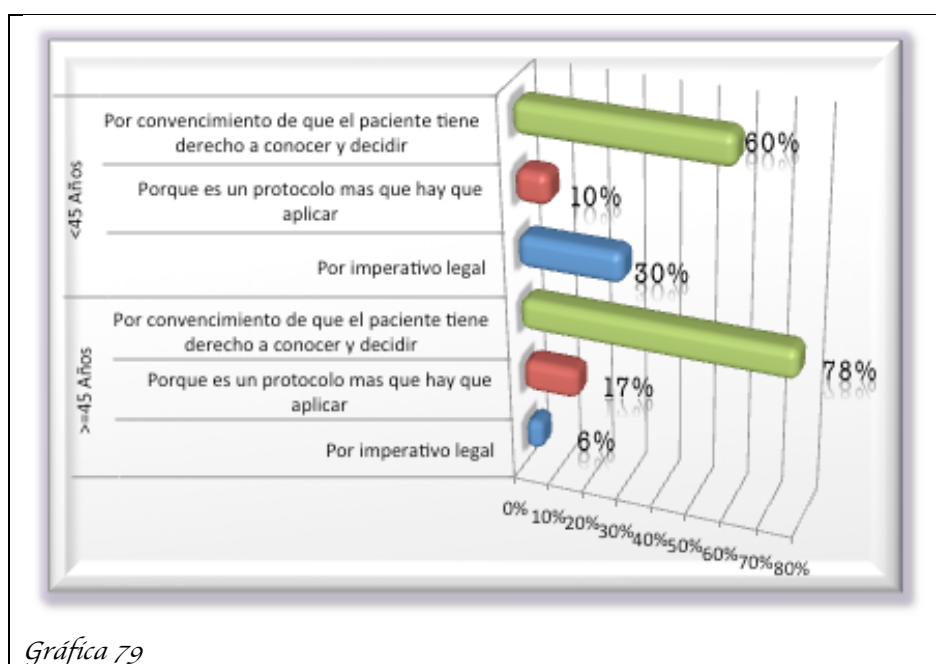
Las mujeres utilizan más los CI por imperativo legal (25%) que los hombres (7%). Destaca igualmente que el 29% de los hombres consideran que usan el CI porque es un protocolo más que hay que aplicar frente al 4% de las mujeres.

Tabla 76.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Por imperativo legal	7	1	7%	6	25%
Porque es un protocolo más que hay que aplicar	5	4	29%	1	4%
Por convencimiento de que el paciente tiene derecho a conocer y decidir	26	9	64%	17	71%



Los mayores de 45 años consideran en un 78% el uso del CI porque el derecho del paciente a conocer y decidir mientras que los menores solo lo consideran en un 60% ya que el 30% consideran que los utilizan por imperativo legal.

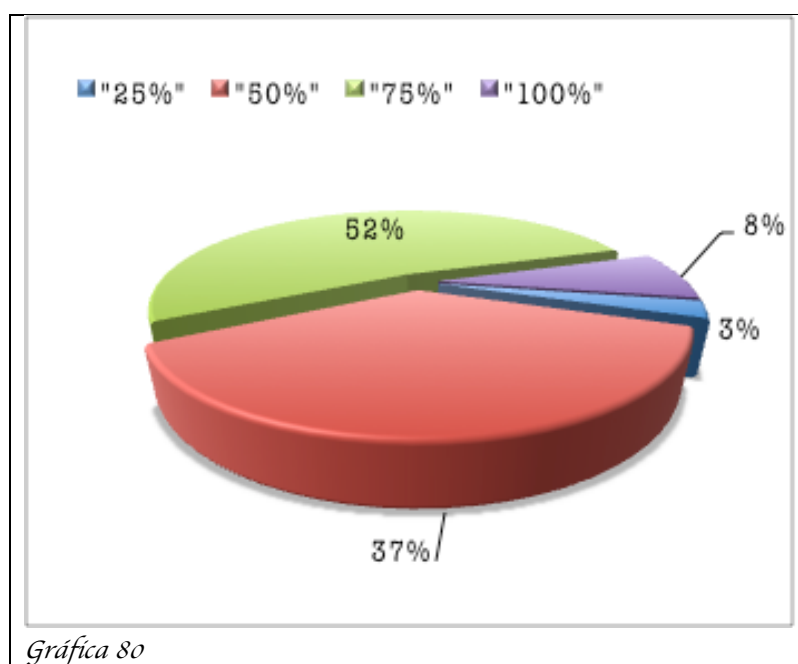
Tabla 77.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Por imperativo legal	7	1	6%	6	30%
Porque es un protocolo más que hay que aplicar	5	3	17%	2	10%
Por convencimiento de que el paciente tiene derecho a conocer y decidir	26	14	78%	12	60%



Gráfica 79

V.5.2.6 “ ¿Que porcentaje de pacientes considera que están capacitados para comprender y decidir sobre su proceso morbosos y la terapéutica a aplicar?”

Tabla 78.	Respuestas	Porcentajes
"25%"	1	3%
"50%"	14	37%
"75%"	20	53%
"100%"	3	8%

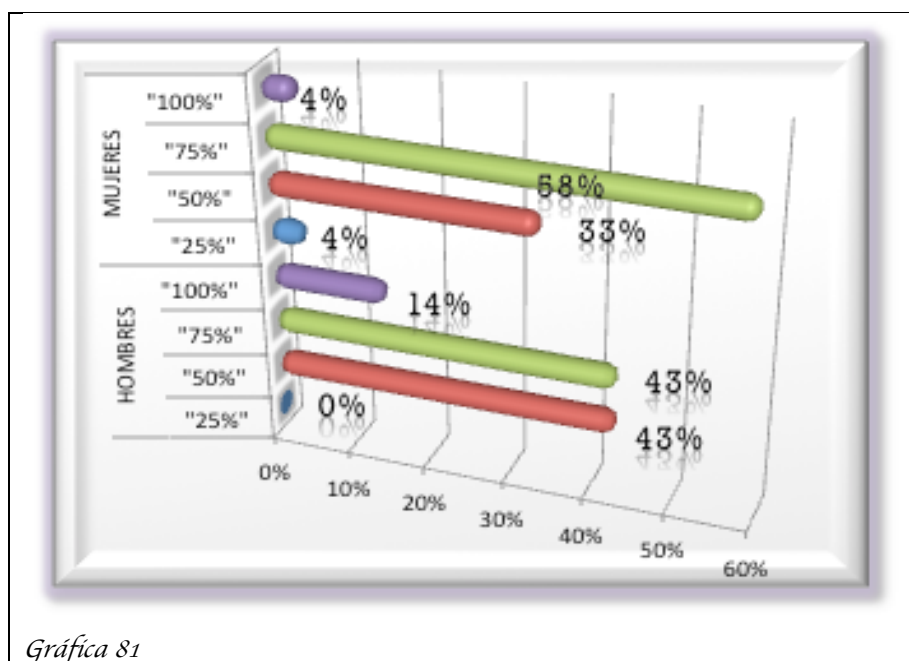


Es curioso que casi la mitad (53%) de los encuestados opinan que solo el 75% de los pacientes están capacitados para comprender sobre su proceso morbosos y la tendencia sigue reduciendo el porcentaje de los capacitados para comprender, ya que el 37% de los encuestados opinan que solo el 50% de los pacientes están capacitados.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

En cuanto a la variable del sexo no destacamos diferencias sustanciales manteniendo prácticamente porcentajes similares.

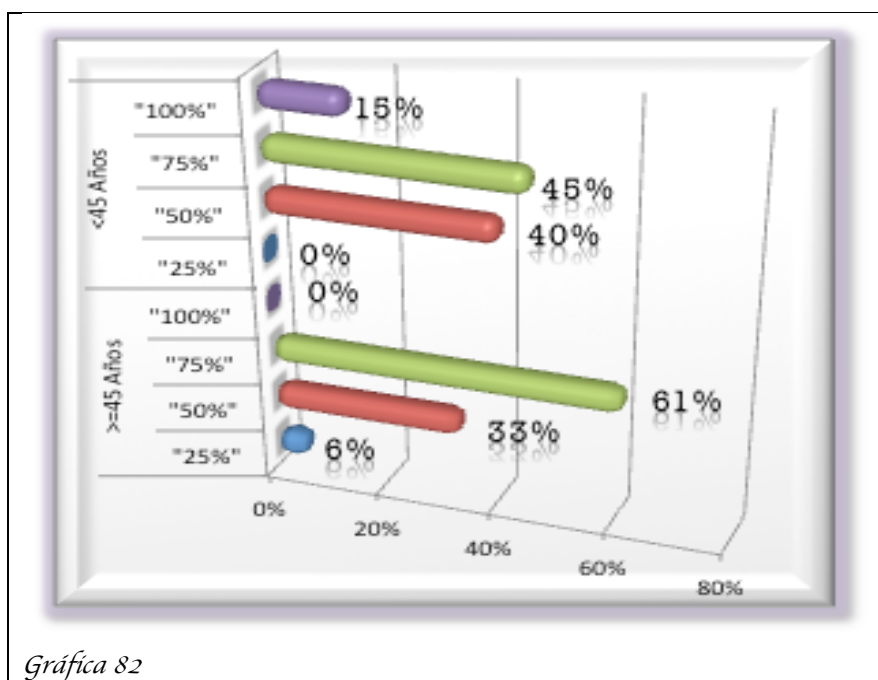
Tabla 79.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
"25%"	1	0	0%	1	4%
"50%"	14	6	43%	8	33%
"75%"	20	6	43%	14	58%
"100%"	3	2	14%	1	4%



Las mujeres tienen la sensación de que los pacientes comprenden su proceso morboso en mayor porcentaje (58%) que los hombres (43%).

Y en cuanto a la variable de edad, los mayores de 45 años con un 61% opinando que el 75% de los pacientes están capacitados para comprender su proceso morbosos superan el 45% de los menores de 45 años.

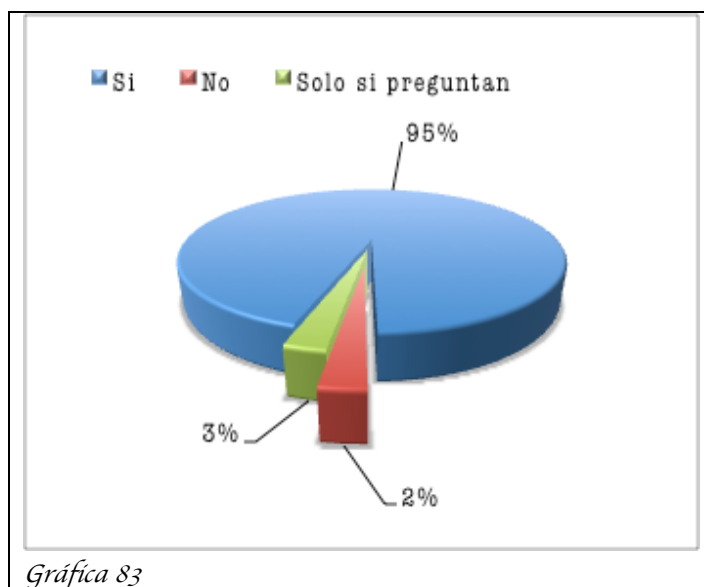
Tabla 80.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
"25%"	1	1	6%	0	0%
"50%"	14	6	33%	8	40%
"75%"	20	11	61%	9	45%
"100%"	3	0	0%	3	15%



Gráfica 82

V.5.2.7 “¿Considera que la entrega del Consentimiento Informado a sus pacientes debe ir acompañada de información verbal?”

Tabla 81.	Respuestas	Porcentajes
Si	36	95%
No	1	3%
Solo si preguntan	1	3%



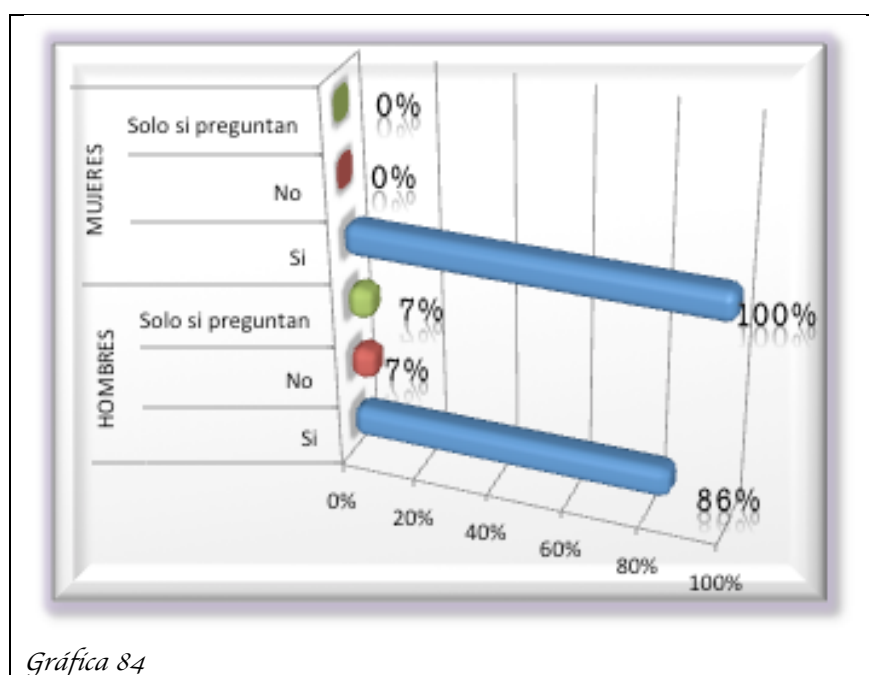
La importancia que dan a la actitud de completar el C I con explicación verbal es palmaria pues el 95% de la totalidad de los dermatólogos encuestados piensan que no debe limitarse a la entrega del documento explicativo sino que este debe ir acompañado de información verbal.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Lógicamente al estudiar las variables de sexo y edad la respuesta en casi total mayoría es superponible.

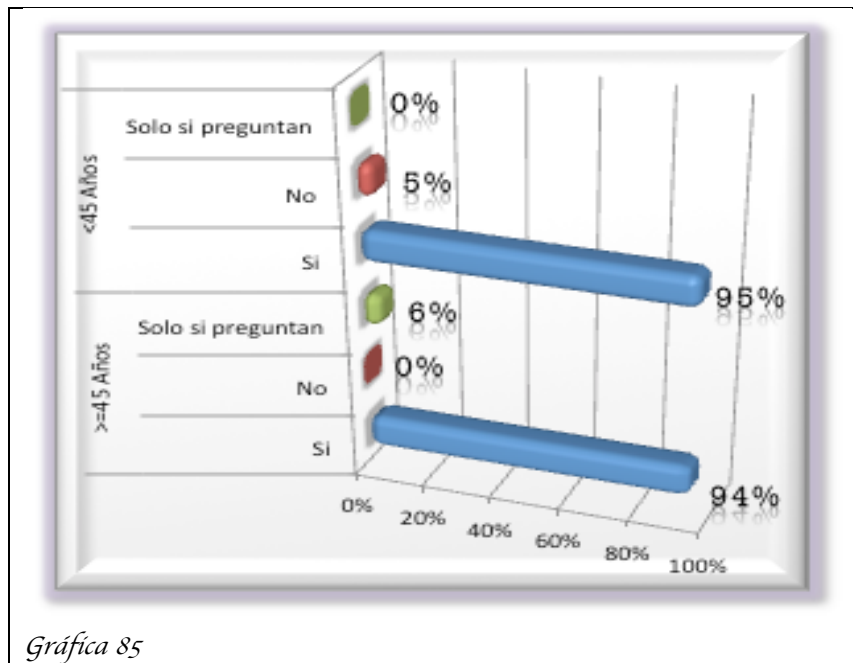
Variable del sexo:

Tabla 82.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	Si	12	86%	24	100%
	No	1	7%	0	0%
	Solo si preguntan	1	7%	0	0%



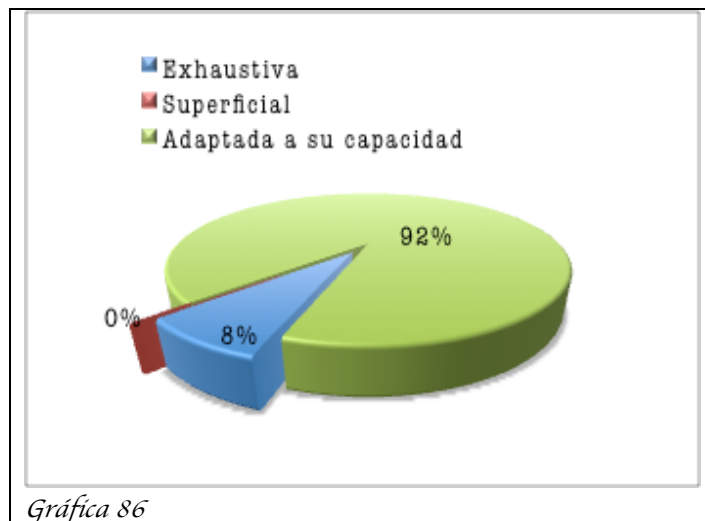
Variable de la edad:

Tabla 83.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Si	36	17	94%	19	95%
No	1	0	0%	1	5%
Solo si preguntan	1	1	6%	0	0%



V.5.2.8 “ ¿Cómo considera que debe ser la información, sea oral o escrita, proporcionada al paciente en el procedimiento de Consentimiento Informado?”

Tabla 84.	Respuestas	Porcentajes
Exhaustiva	3	8%
Superficial	0	0%
Adaptada a su capacidad	35	92%



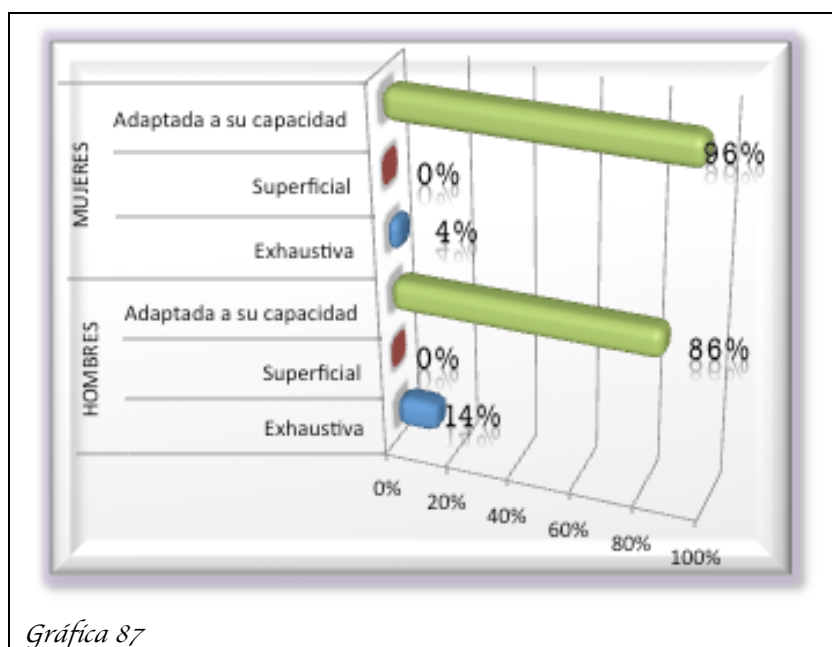
Coincidiendo con la pregunta anterior, en esta respuesta el 92% de los encuestados piensan que la información proporcionada al paciente en el procedimiento del CI debe ser “Adaptada a su capacidad”.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el puesto de trabajo del encuestado (anexo 2).

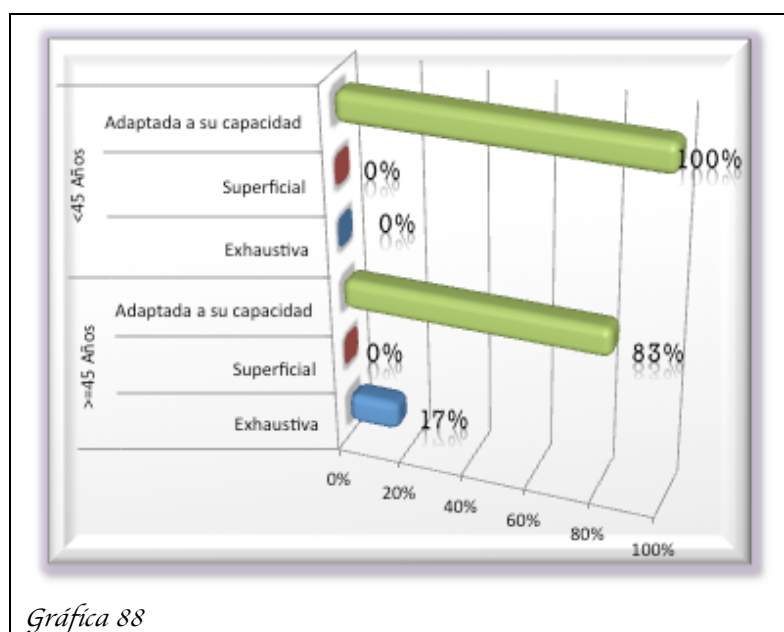
En la aplicación de la variable de sexo es idéntica.

Tabla 85.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Exhaustiva	3	2	14%	1	4%
Superficial	0	0	0%	0	0%
Adaptada a su capacidad	35	12	86%	23	96%



Al igual que al aplicar la de edad.

Tabla 86.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Exhaustiva	3	3	17%	0	0%
Superficial	0	0	0%	0	0%
Adaptada a su capacidad	35	15	83%	20	100%



Gráfica 88

V.5.2.9 Discusión

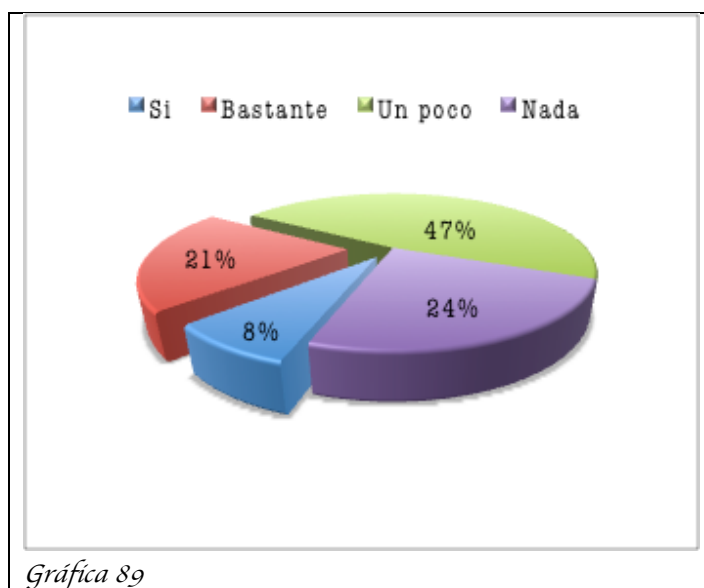
En este bloque, en el que estudiamos la actitud ética del dermatólogo Castellano Manchego en su relación con el paciente, nos ha sorprendido la respuesta en cuanto al tiempo disponible para dedicar a cada paciente y que no es acorde con lo que habitualmente se escucha en los ambientes sanitarios. Tal vez la explicación este en que el ámbito de los hospitales de distinta categoría (universitarios, provinciales, comarcales...) sobre los que se realizó el estudio pueden tener una presión asistencial diferente, probablemente tengan asignados tiempos diferentes para ver a cada paciente, cosa que suele decidir el jefe de servicio pero siempre lo hace contando con la presión de las listas de espera. Quizás deberíamos haber preguntado cuanto tiempo tienen asignado para ver a cada paciente.

Según la respuesta que la mayoría aplastante de los dermatólogos de Castilla La Mancha han ofrecido sobre como ha de ser la relación del médico con su paciente podemos deducir la firme determinación no paternalista sino de respeto a la autonomía del paciente que subyace en casi todos ellos. Esta firme determinación, acorde con el nuevo paradigma ético de nuestra profesión, queda meridianamente clara al responder sobre la actitud a la hora de proporcionar información “no querida por nadie”. La razón del uso del consentimiento informado en la que , dicho sea de paso, flaquean los más jóvenes y como debe acompañarse siempre su utilización de una explicación verbal adecuada a la capacidad del que lo recibe. Da un mayor valor a ésta actitud el convencimiento de que sólo entre el 50 y el 75% están capacitados para recibir esta información.

V.5.3 En la relación con la empresa, el centro de trabajo, los compañeros y la industria farmacéutica.

V.5.3.1 “¿Considera que la falta de incentivación económica, y de desarrollo profesional le está produciendo un cierto acomodamiento y conformismo en el ejercicio profesional?”

Tabla 87.	Respuestas	Porcentajes
Si	3	8%
Bastante	8	21%
Un poco	18	47%
Nada	9	24%

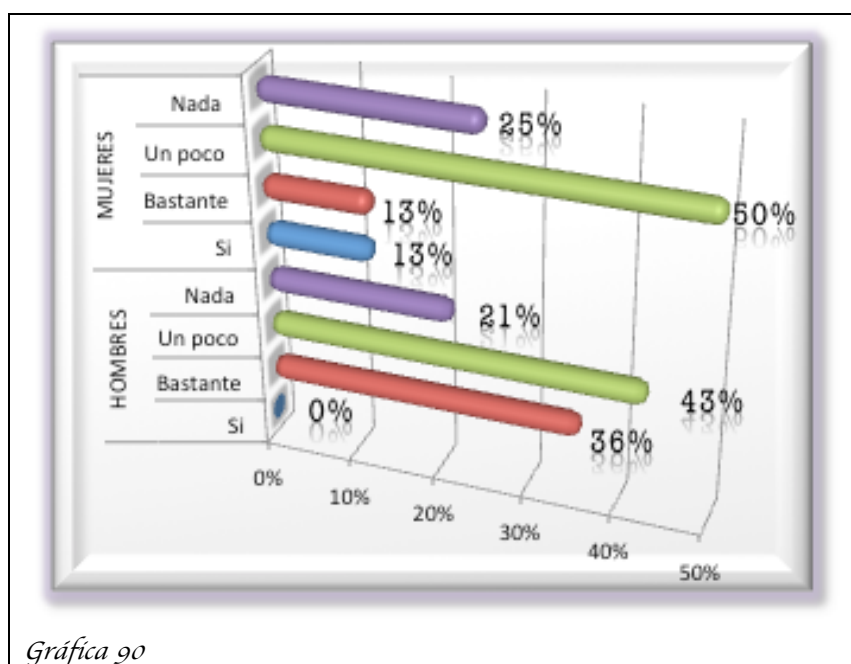


Como era de esperar en la condición humana debido a la falta de motivación se produce un acomodamiento en el ejercicio profesional. El 47% de los dermatólogos confiesan que “un poco” de acomodamiento sí que les produce. Al 21% les produce bastante conformismo y solo al 24% no le afecta nada las incentivaciones sobre las que se les pregunta.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,006), que se pueden generalizar al resto de población.

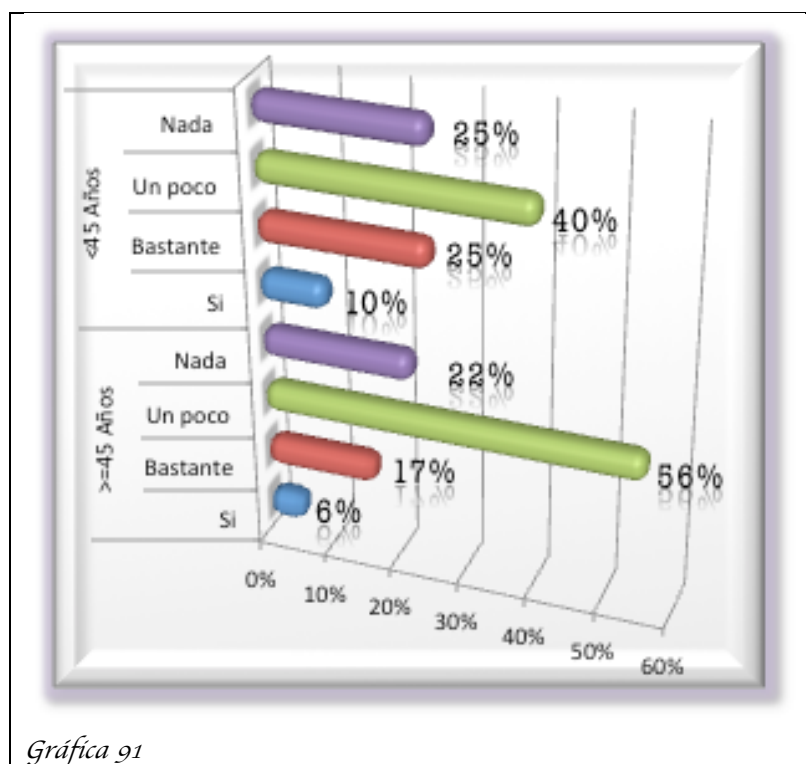
Son muy similares las respuestas que han dado tanto hombres como mujeres. Destacaría que el 13% de las mujeres afirman tajantemente que les esta produciendo un total acomodo la falta de incentivos. Los hombres no son tan tajantes pero el porcentaje de un 36% en la respuesta “bastante” es superior al de las mujeres.

Tabla 88.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	Si	0	0%	3	13%
	Bastante	5	36%	3	13%
	Un poco	6	43%	12	50%
	Nada	3	21%	6	25%



Existe bastante similitud en las respuestas dadas por los mayores y por lo menores de 45 años siendo el porcentaje mayoritario el de “un poco” de acomodamiento con un 56% y un 40% respectivamente.

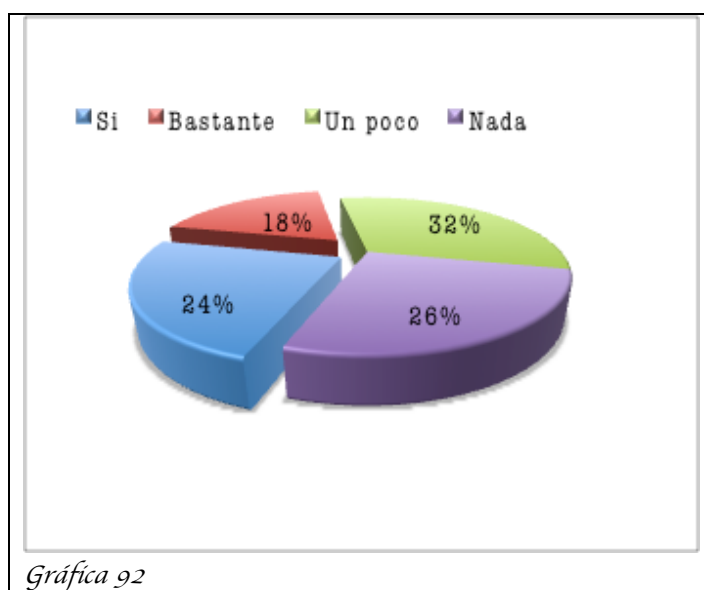
Tabla 89.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
	Si	1	6%	2	10%
	Bastante	3	17%	5	25%
	Un poco	10	56%	8	40%
	Nada	4	22%	5	25%



Gráfica 91

V.5.3.2 “¿Considera que las medidas que se están tomando respecto al tiempo de trabajo, honorarios y fiscalidad, entre otras, afectan a la calidad de su ejercicio?”

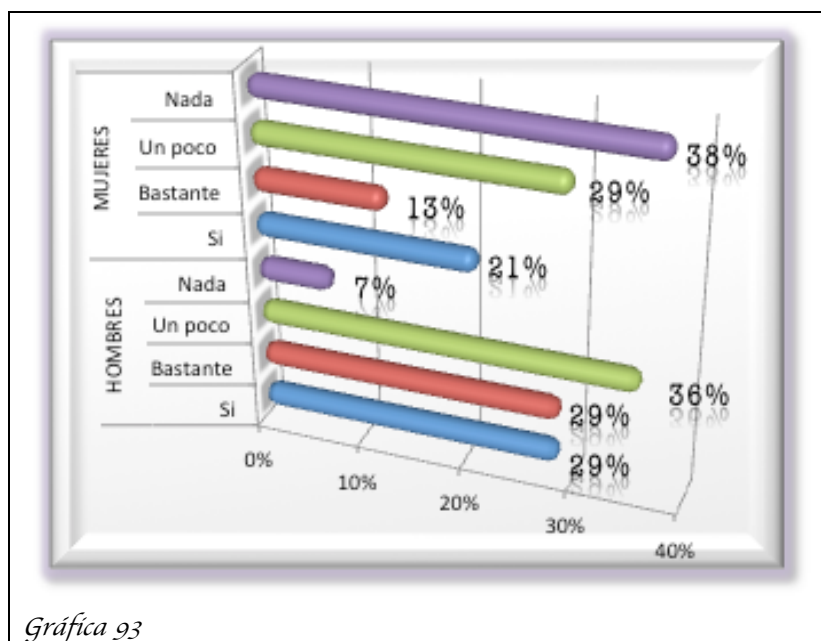
Tabla 90.	Respuestas	Porcentajes
Si	9	24%
Bastante	7	18%
Un poco	12	32%
Nada	10	26%



Como se observa en la tabla y en la grafica anteriores al 24% les afecta rotundamente en la calidad del servicio que dispensan y solo al 26% no les afecta en absoluto. El resto de los encuestados estan entre que les afecta solo un poco (32%) y les afecta bastante (18%).

En la tabla y grafica siguientes, que se informa de las respuestas por sexos, destaca que solo al 7% de los hombres no les afecta nada, en contraste con el 38% de la mujeres.

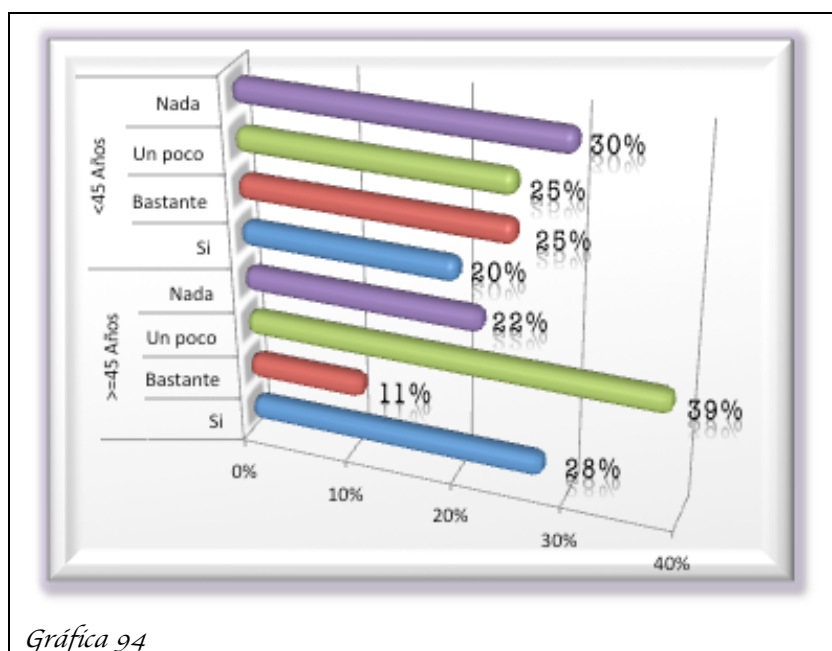
Tabla 91.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	Si	4	29%	5	21%
	Bastante	4	29%	3	13%
	Un poco	5	36%	7	29%
	Nada	1	7%	9	38%



Gráfica 93

No hay diferencia sustancial entre las respuestas que dan los mayores y los menores de 45 años.

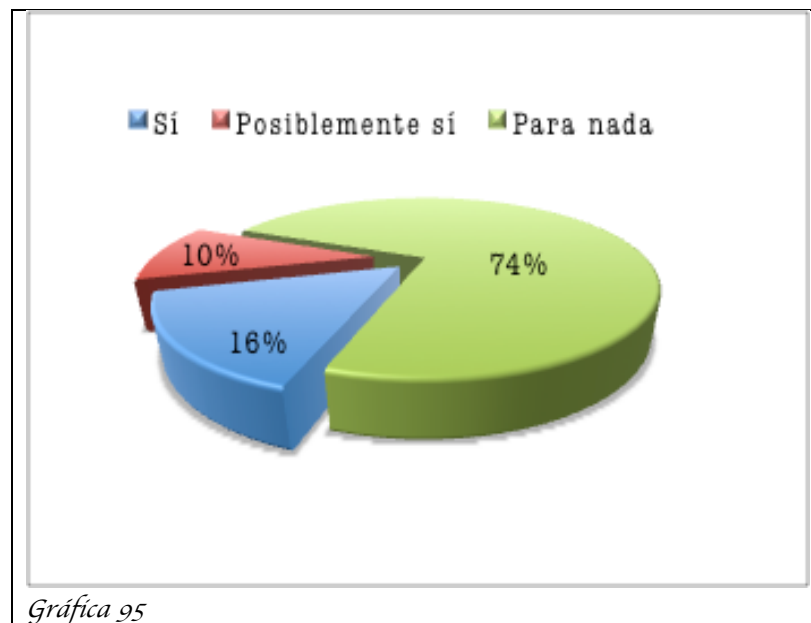
Tabla 92.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
	Si	5	28%	4	20%
	Bastante	2	11%	5	25%
	Un poco	7	39%	5	25%
	Nada	4	22%	6	30%



Gráfica 94

V.5.3.3 “ ¿Considera que estas medidas son las adecuadas para corregir los problemas del actual sistema sanitario?”

Tabla 93.	Respuestas	Porcentajes
Sí	6	16%
Posiblemente sí	4	11%
Para nada	28	74%



Se puede concluir, viendo los resultados de la tabla y grafica anterior, que la amplia mayoría de los dermatólogos considera que las medidas que se están tomando no son las adecuadas para corregir los problemas. Un 74% opinan así.

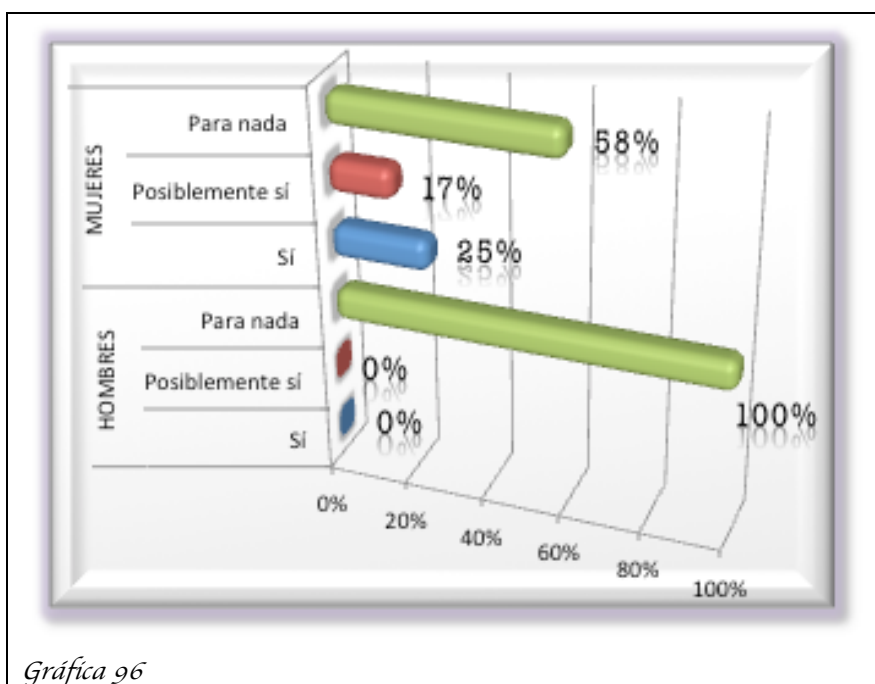
Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el sexo del encuestado(anexo 2).

Precisamente al estudiar las variables:

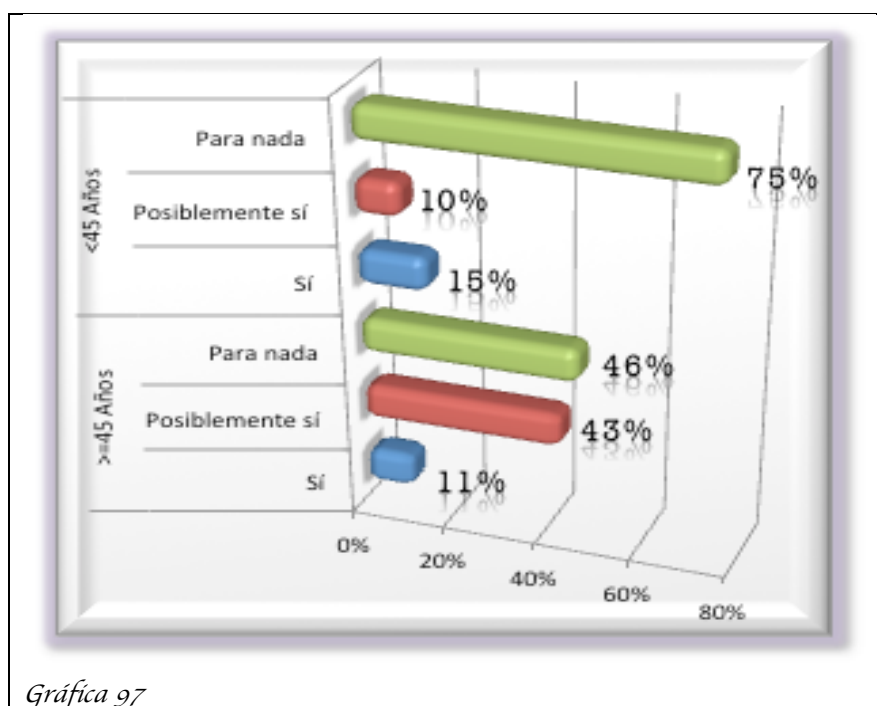
En la distribución de los facultativos por sexo vemos una gran diferencia entre ambos. Y es que el 100% de los hombres piensa rotundamente que “para nada” son adecuadas las medidas, en contraste con el 58% de las mujeres que opinan así, mientras un 42% se va a manifestar entre la afirmación de utilidad (25%) y la posibilidad de que sí sean útiles (17%).

Tabla 94.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	Sí	0	0%	6	25%
	Posiblemente sí	0	0%	4	17%
	Para nada	14	100%	14	58%



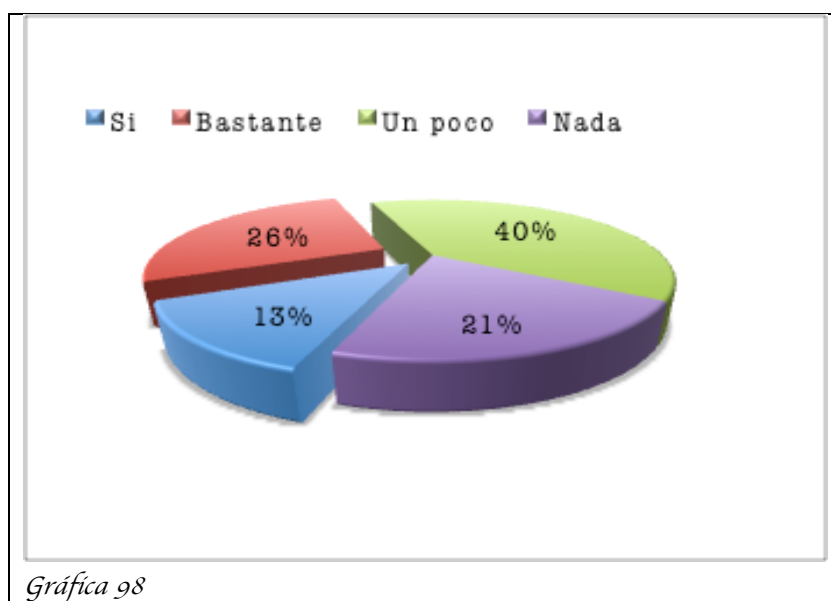
También en la distribución por grupos de edad, existe una importante diferencia entre los menores que 45 años que opinan en un 75% de los casos que no son adecuadas las medidas frente al 46% de los mayores de 45 años.

Tabla 95.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
	Sí	6	11%	3	15%
	Posiblemente sí	4	43%	2	10%
	Para nada	28	46%	15	75%



V.5.3.4 “Dada la presión que está ejerciendo el sistema sobre el gasto ¿Considera vulnerada su libertad de actuación y libre prescripción?”

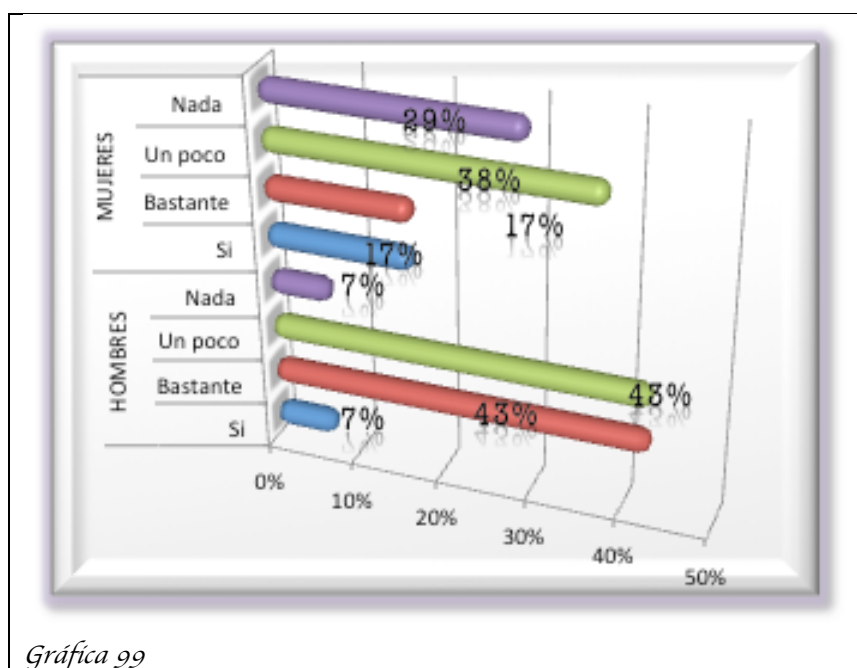
Tabla 96.	Respuestas	Porcentajes
Si	5	13%
Bastante	10	26%
Un poco	15	39%
Nada	8	21%



Los dermatólogos ven “un poco” vulnerada su libertad de actuación debido a la presión sobre el gasto en un 39% y solo un 21% apunta rotundamente que no considera vulneración ninguna. Aquí debemos fijarnos precisamente en que sólo ese 21% se considera impermeable a la presión ejercida por el sistema mientras que el 79% restante en mayor o menor medida considera afectada su independencia de criterio a la hora de la actuación profesional o de la prescripción terapéutica.

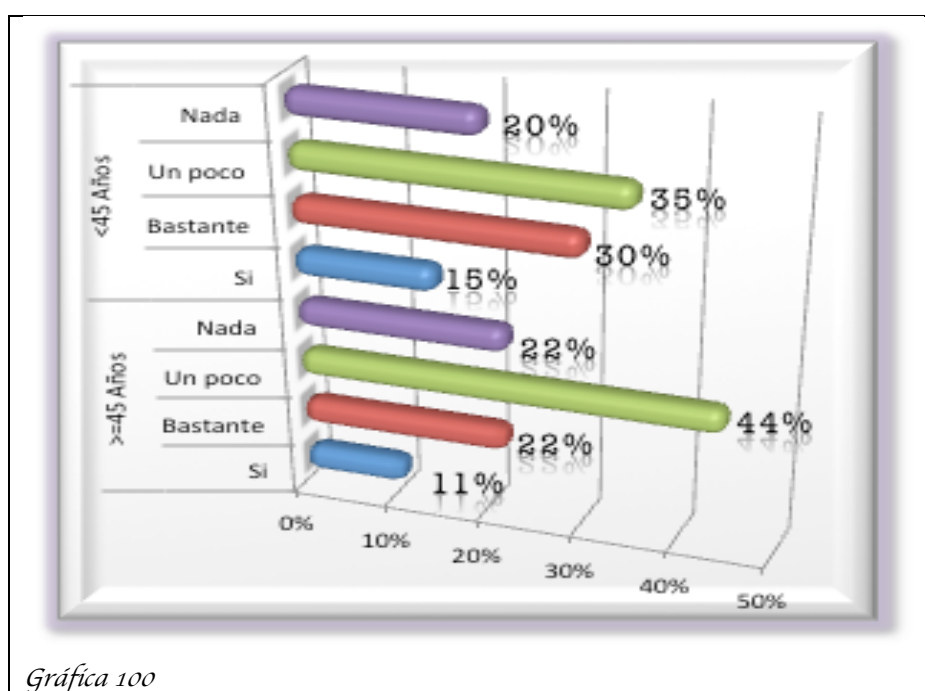
Al estudiar la variable por sexo hallamos que, en general, los hombres consideran que existe mayor vulneración que las mujeres, ya que solo el 7% de ellos frente al 29% de ellas, considera que no existe ninguna vulneración.

Tabla 97.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	Si	1	7%	4	17%
	Bastante	6	43%	4	17%
	Un poco	6	43%	9	38%
	Nada	1	7%	7	29%



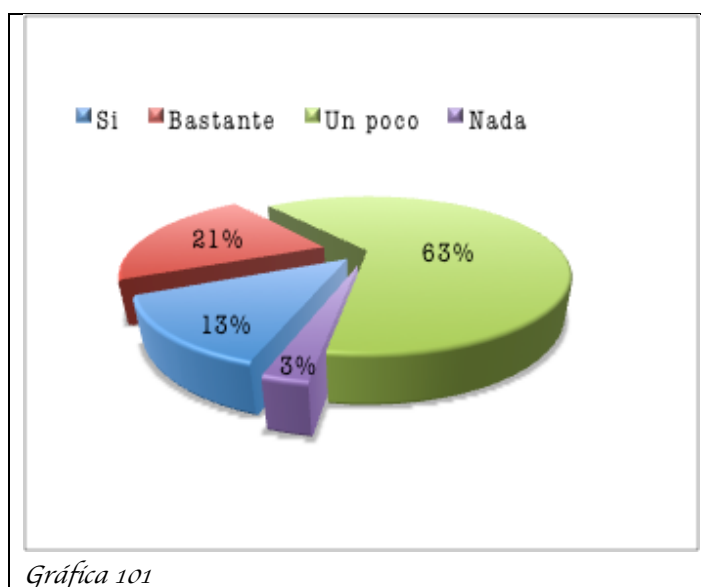
Sin embargo en la variable de edad hallamos que no hay diferencia sustancial entre las respuestas que dan los mayores y los menores de 45 años.

Tabla 98.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
	Si	2	11%	3	15%
	Bastante	4	22%	6	30%
	Un poco	8	44%	7	35%
	Nada	4	22%	4	20%



V.5.3.5 “¿Influye en usted, a la hora de prescribir un tratamiento, el coste de este?”

Tabla 99.	Respuestas	Porcentajes
Si	5	13%
Bastante	8	21%
Un poco	24	63%
Nada	1	3%



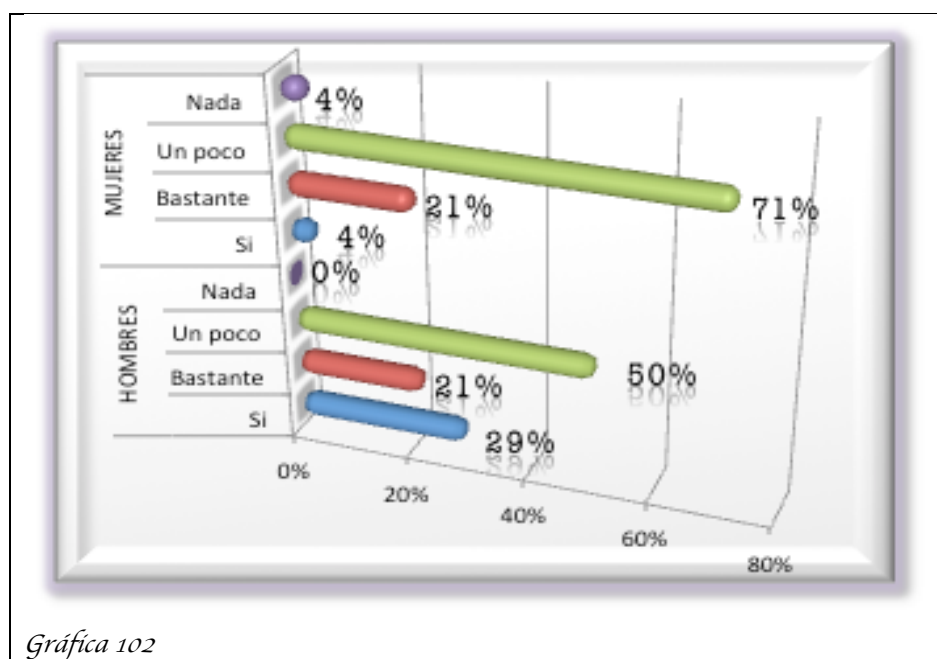
Destaca sobre el resto de respuestas con un 63% la tercera respuesta, es decir, al 63% les afecta “un poco” porque probablemente tengan en cuenta el coste del tratamiento pero no primara totalmente sobre el mayor beneficio del paciente. Solo el 3% considera que no le influye nada el coste del tratamiento.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y la edad del encuestado. (anexo 2).

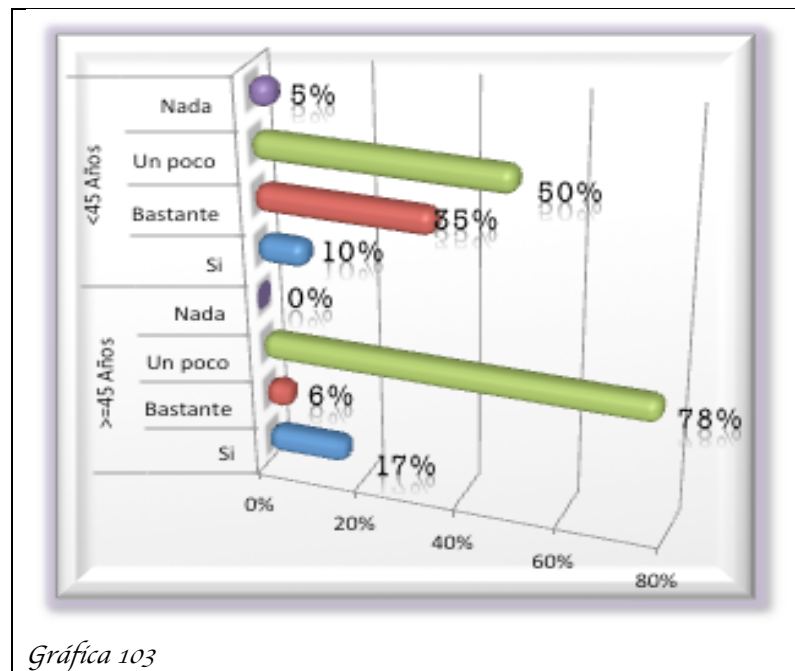
En el análisis de variables hallamos que en las respuestas por sexo destaca en los hombres que al 29% de ellos les influye totalmente el coste del tratamiento frente a solo el 4% de las mujeres.

Tabla 100.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Si	5	4	29%	1	4%
Bastante	8	3	21%	5	21%
Un poco	24	7	50%	17	71%
Nada	1	0	0%	1	4%



De todas las respuestas posibles, el grupo de facultativos mayores de 45 años considera en el 78% de los casos que les afecta un poco el coste frente al 50% de los menores de 45.

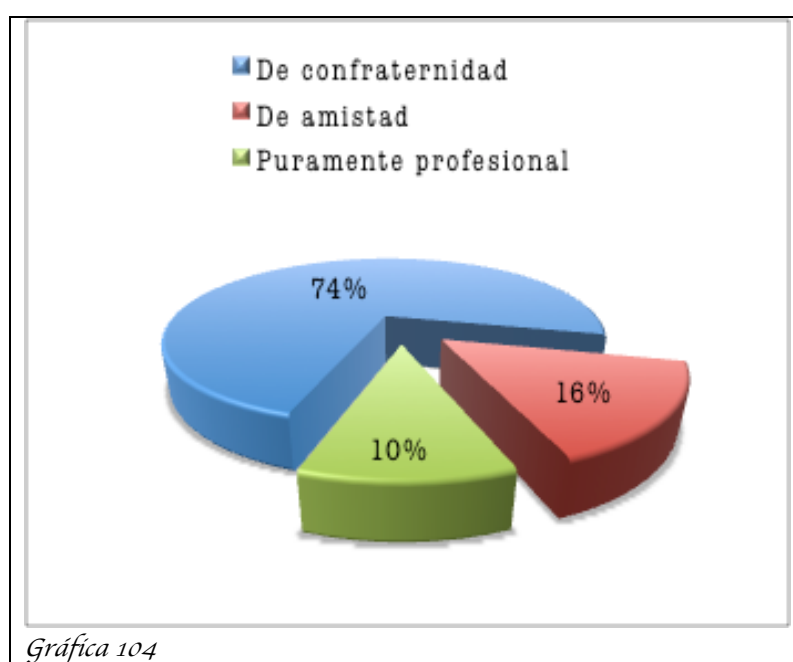
Tabla 101.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Si	5	3	17%	2	10%
Bastante	8	1	6%	7	35%
Un poco	24	14	78%	10	50%
Nada	1	0	0%	1	5%



Gráfica 103

V.5.3.6 “¿Cómo considera que debe ser la relación entre compañeros?”

Tabla 102.	Respuestas	Porcentajes
De confraternidad	28	74%
De amistad	6	16%
Puramente profesional	4	11%

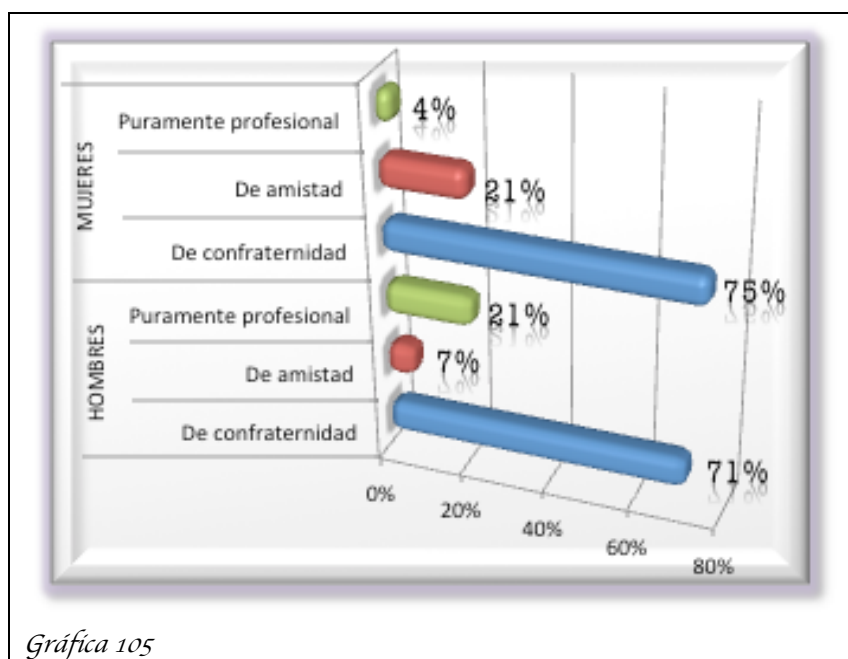


Con un 74% y, por lo tanto, con bastante diferencia con las otras dos posibles respuestas, los dermatólogos encuestados piensan que la relación con sus compañeros tiene que ser de confraternidad. Está muy al hilo, esta actitud, con el paradigma ético clásico de nuestra profesión, pero también con el moderno, pues es lo propuesto por los Códigos vigentes en las naciones del mundo occidental.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

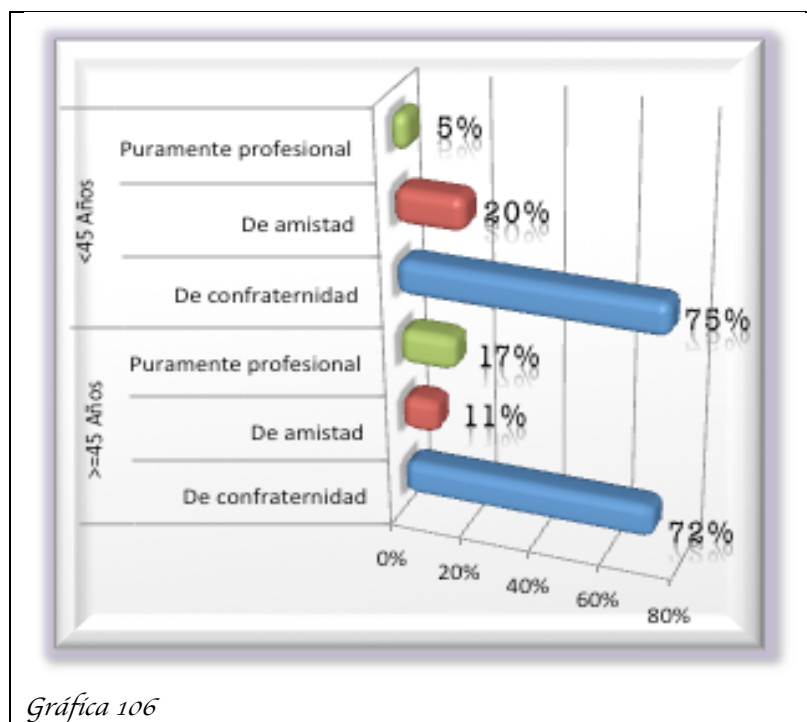
De las respuestas obtenidas, diferenciando entre los dos sexos, se puede concluir que la mayoría, tanto hombres (71%) como mujeres (75%) entienden una relación de confraternidad. En lo que se diferencian ambos sexos es en el resto de respuestas; ya que en ellas las mujeres piensan en mayor proporción que los hombres (21% frente a 7%) que las relaciones deben ser de amistad.

Tabla 103.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	De confraternidad	10	71%	18	75%
	De amistad	1	7%	5	21%
	Puramente profesional	3	21%	1	4%



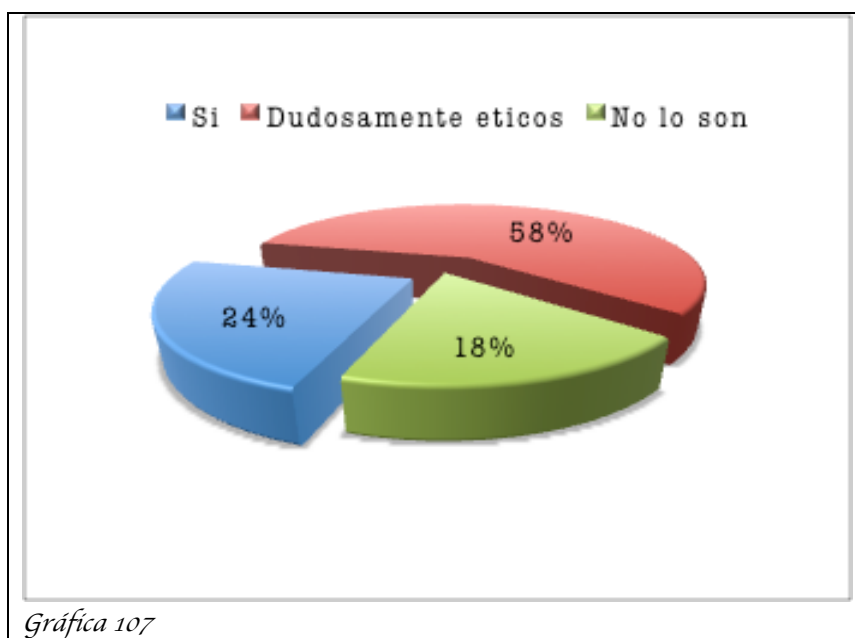
Entre los dos grupos de edad seleccionados no advertimos ninguna diferencia sustancial con respecto a las dos tablas anteriores y tanto mayores como menores de 45 años piensan en un 72 y 75% respectivamente que las relaciones tienen que ser de confraternidad.

Tabla 104.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
De confraternidad	28	13	72%	15	75%
De amistad	6	2	11%	4	20%
Puramente profesional	4	3	17%	1	5%



V.5.3.7 “¿Considera ético los reembolsos que se perciben por ensayos clínicos no supervisados por el comité correspondiente?”

Tabla 105.	Respuestas	Porcentajes
Si	9	24%
Dudosamente éticos	22	58%
No lo son	7	18%

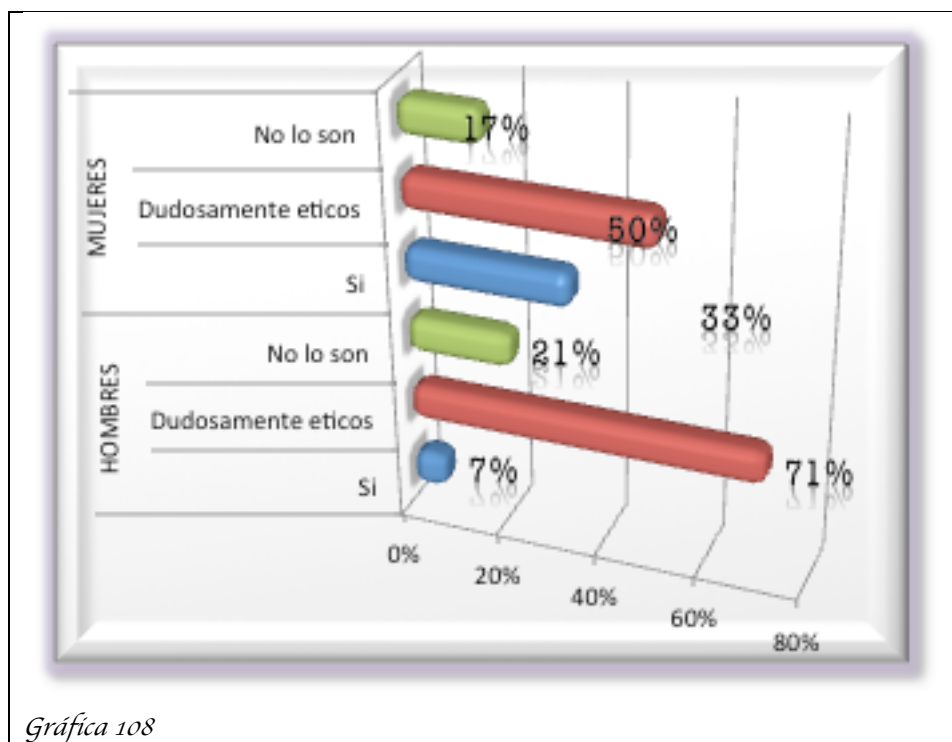


En los resultados a esta pregunta, según se puede ver en la gráfica anterior, se obtiene mayoría de respuestas (58%) que opinan que los reembolsos son “dudosamente éticos”, siendo la siguiente respuesta y segunda en orden de elección los que creen rotundamente que estos ensayos son éticos (24%). Solo un 18% consideran “no éticas” estas prácticas.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,005), que se pueden generalizar al resto de población.

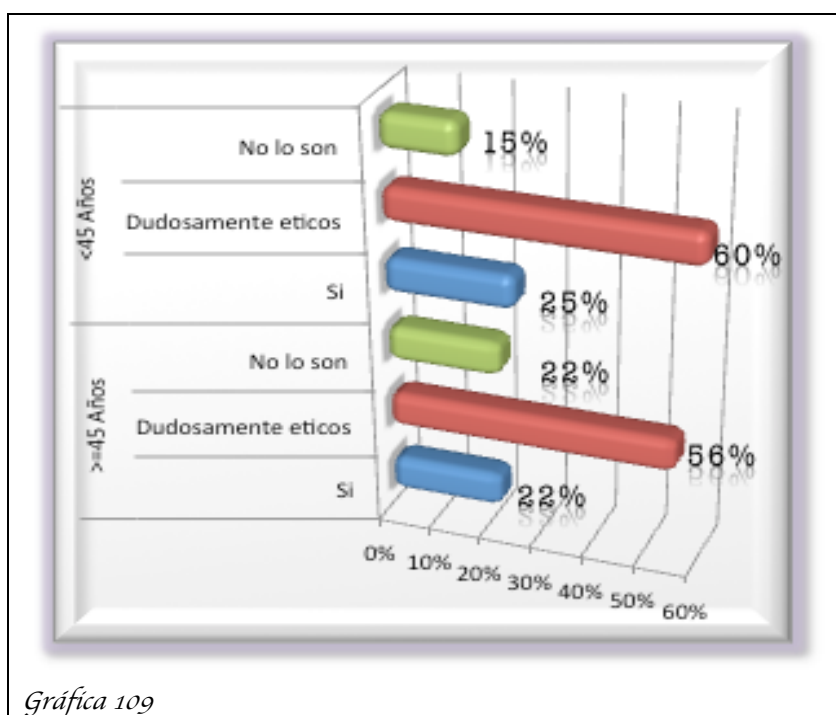
En la siguiente tabla observamos que los hombres tienen más dudas en cuanto a si esta actividad es ética ya que el 71% de ellos están dudosos frente al 50% de las mujeres. También las mujeres en un 33% son más rotundas en su respuesta y consideran que sí es un comportamiento ético frente al 7% de los hombres.

Tabla 106.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Si	9	1	7%	8	33%
Dudosamente éticos	22	10	71%	12	50%
No lo son	7	3	21%	4	17%



Entre los dos grupos de edades del estudio, no existen diferencias sustanciales en sus respuestas.

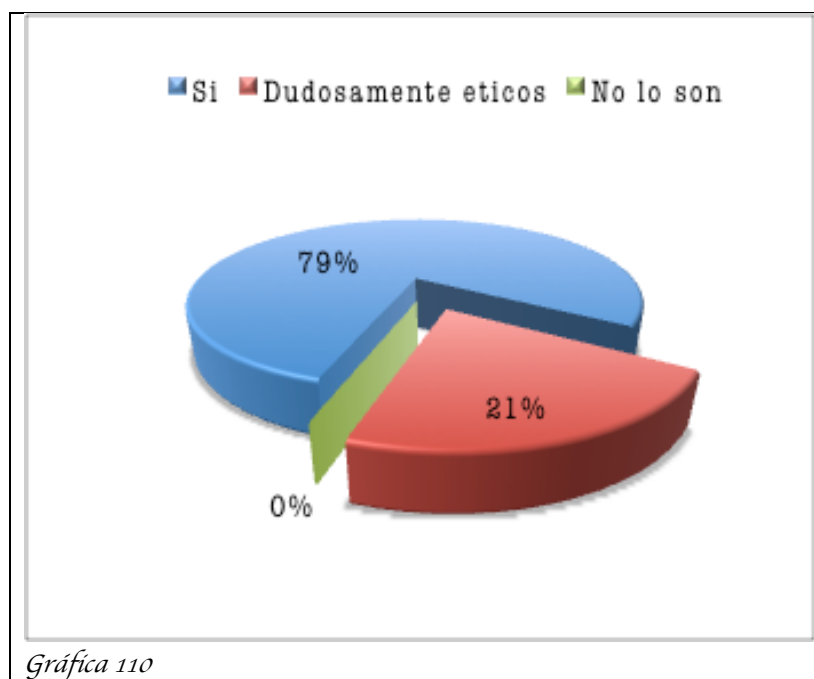
Tabla 107.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
	Si	4	22%	5	25%
	Dudosamente éticos	10	56%	12	60%
	No lo son	4	22%	3	15%



Gráfica 109

V.5.3.8 “ ¿Considera ético que la Industria Farmacéutica sufrague los gastos de asistencia a eventos formativos?”

Tabla 108.	Respuestas	Porcentajes
Si	30	79%
Dudosamente éticos	8	21%
No lo son	0	0%

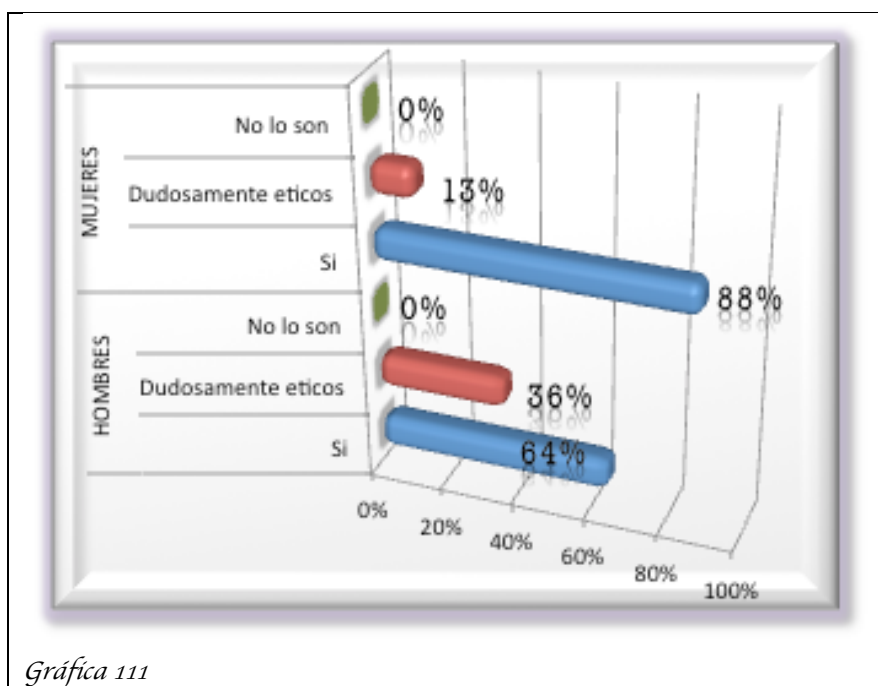


Como era de esperar, ya que la mayoría de los encuestados trabajan para la administración pública y sabiendo que esta no sufraga gastos de formación en eventos, el 79% de los dermatólogos están claramente de acuerdo con que la Industria Farmacéutica sufrague los gastos de asistencia. El 21% no lo tiene del todo claro y un 0%, es decir, ningún encuestado, piensa que no sea ético.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,001), que se pueden generalizar al resto de población.

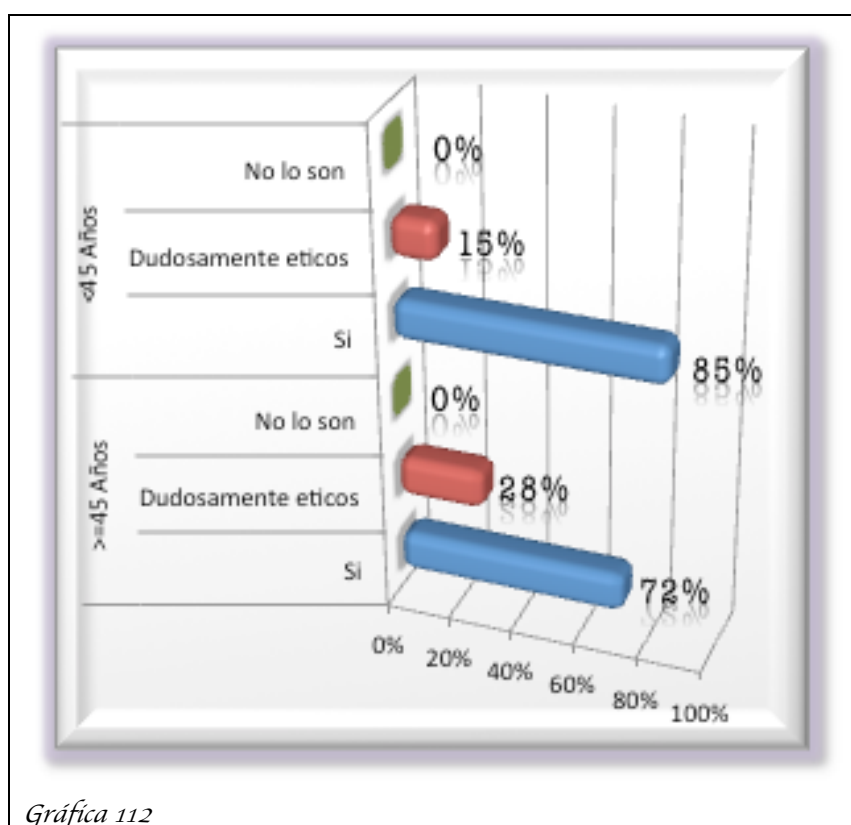
Las mujeres por su parte están aun más claramente de acuerdo con un 88% mientras que los hombres se quedan en un 64%.

Tabla 109.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	Si	9	64%	21	88%
	Dudosamente éticos	5	36%	3	13%
	No lo son	0	0%	0	0%



Los menores de 45 años, probablemente debido a sus menores ingresos y por lo tanto a la imposibilidad de sufragarse los gastos de formación, superan con un 85% frente a un 72% los que piensan que es totalmente ético este comportamiento.

Tabla 110.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Si	30	13	72%	17	85%
Dudosamente éticos	8	5	28%	3	15%
No lo son	0	0	0%	0	0%



Gráfica 112

V.5.3.9 Discusión

Por último en cuanto a la relación con la empresa, el centro de trabajo, los compañeros y la industria farmacéutica, se manifiesta un cierto acomodamiento en el ejercicio profesional debido sobre todo a la falta de incentivación.

Su opinión respecto a como influenciaron las medidas políticas del momento en que se realizó esta segunda encuesta (Octubre-2013 a Marzo-2014) es, cuando menos muy preocupante. El hecho de que tres cuartas partes de la muestra consideren que, en mayor o menor medida, la dirección política de la sanidad castellano manchega afecte a la calidad de la asistencia; que la misma proporción considere que son erróneas; que ocho de cada diez entiendan, de una forma u otra, vulnerada su libertad de actuación clínica y de prescripción es para pensárselo. Y sin duda ninguna todo esto va a influir en que sólo el 3% desestime el coste del tratamiento a aplicar como parámetro decisivo.

En cuanto a la relación con los compañeros parece bastante clara, con significatividad estadística, la posición, pero se aprecia una mayor tendencia a la yuxtaposición en los varones y en los más veteranos.

Les preguntamos sobre los reembolsos que se perciben por ensayos clínicos no supervisados por el comité ético correspondiente y la mayoría nos dijeron que los consideraban dudosamente éticos y fuera de la ética correcta, es decir, lo tenían muy claro; probablemente muchos compañeros no se habían planteado la eticidad de ésta cuestión antes de realizar nuestra encuesta, nos sentimos contentos si al menos esto ha servido para que como médicos dermatólogos podamos meditar acerca del grado de eticidad de nuestros actos.

Por último consideran ético, mayoritariamente, que la industria farmacéutica sufrague la asistencia a eventos formativos. Nos remitimos a lo referido en el apartado V.5.1.7 ¿ La fuerza de la costumbre? Tal vez.

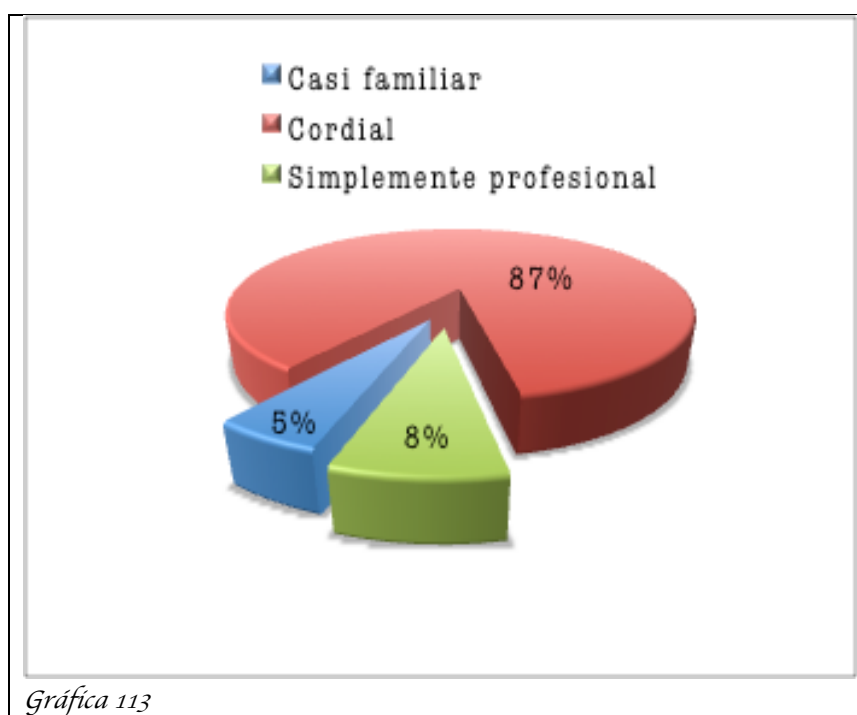
V.6 II. Respuesta a los Problemas Éticos que Plantea el Ejercicio Profesional de la Dermatología.

¿Cómo resuelve el dermatólogo los problemas y dilemas éticos que se le plantean en el ejercicio diario? Hablamos de la ética de los problemas. La inmensa mayoría de los dilemas éticos que el dermatólogo tiene que afrontar en el ejercicio profesional se presentan sobre la marcha, en la consulta, en la planta del hospital o en el quirófano. Hay que dar, casi siempre, solución inmediata. Normalmente sin tiempo para consultar con el resto de los compañeros del servicio y, mucho menos, con la Comisión Ética del hospital. Queremos saber qué soluciones da.

V.6.1 En la relación con los pacientes.

V.6.1.1 “¿Cómo es, generalmente, la relación que mantiene con sus pacientes?”

Tabla 111.	Respuestas	Porcentajes
Casi familiar	2	5%
Cordial	33	87%
Simplemente profesional	3	8%



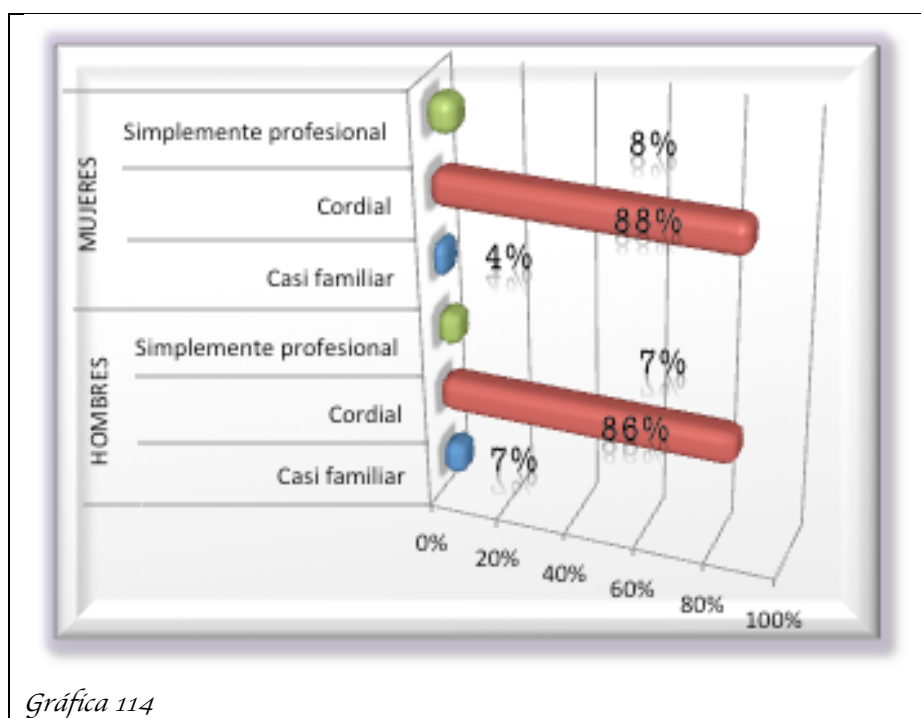
A tenor de las respuestas recibidas queda meridianamente claro que la relación que mantienen los dermatólogos con sus pacientes es cordial. El 87% de los encuestados respondió así. Siendo

mínimas las respuestas que apuntan hacia una relación familiar con el paciente o simplemente profesional.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

No existe prácticamente diferencia en las respuestas obtenidas tanto por hombres como por mujeres.

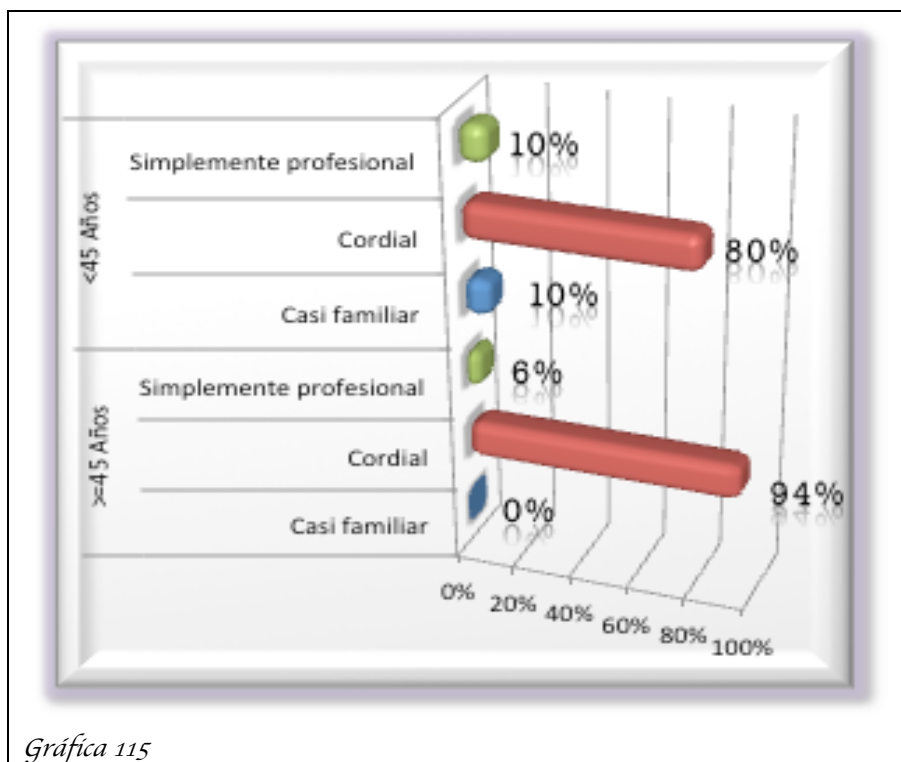
Tabla 112.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Casi familiar	2	1	7%	1	4%
Cordial	33	12	86%	21	88%
Simplemente profesional	3	1	7%	2	8%



Gráfica 114

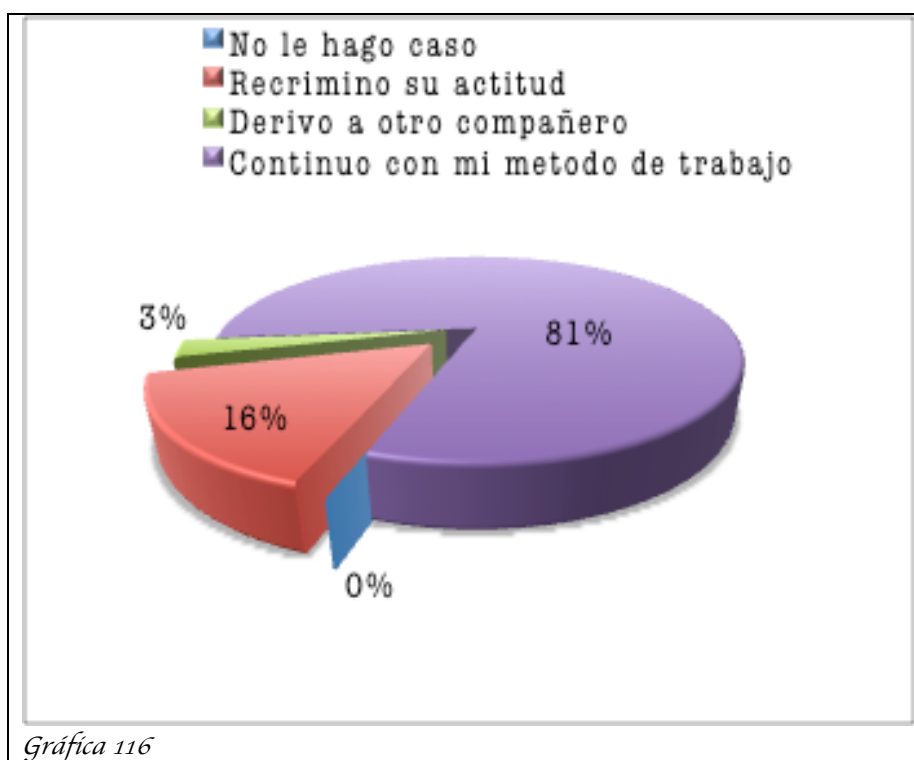
Debido a la contundencia con la que se ha respondido a favor de una relación únicamente cordial, en la diferenciación por edades destacamos únicamente que los mas jóvenes tienen cierta tendencia (10%) a tratar familiarmente al paciente.

Tabla 113.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Casi familiar	2	0	0%	2	10%
Cordial	33	17	94%	16	80%
Simplemente profesional	3	1	6%	2	10%



V.6.1.2 “¿Qué hace con el paciente “difícil” (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado)”

Tabla 114.	Respuestas	Porcentajes
No le hago caso	0	0%
Recrimino su actitud	6	16%
Derivo a otro compañero	1	3%
Continuo con mi método de trabajo	31	82%



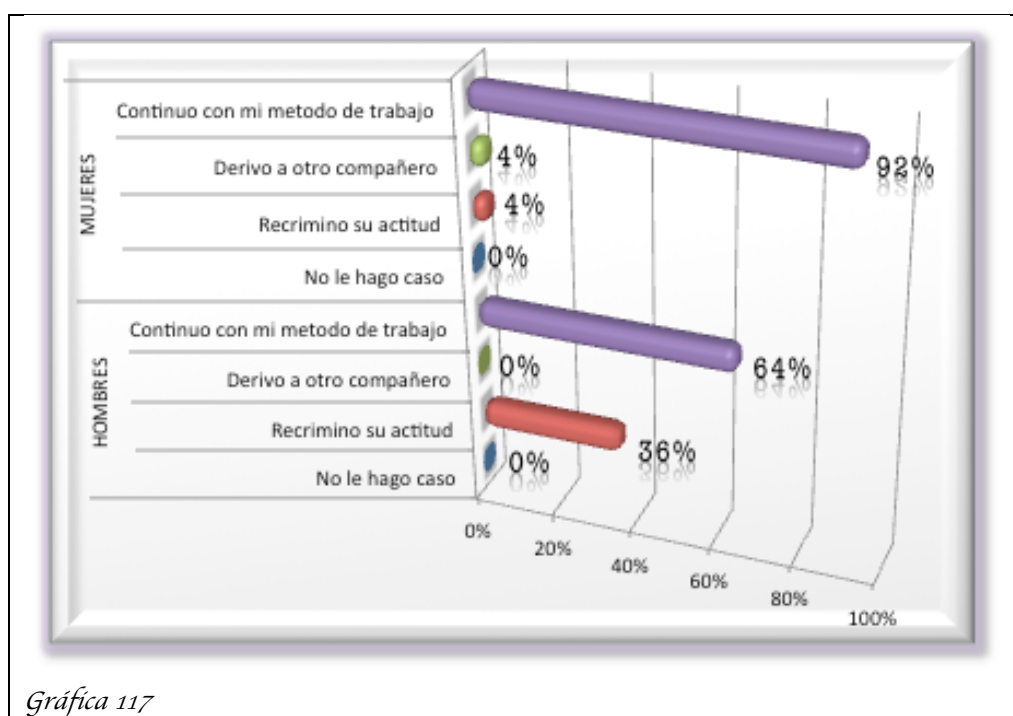
En cuanto al paciente “difícil”, los dermatólogos tienden (82%) a continuar con su método habitual de trabajo. Únicamente un 16% apuntan hacia recriminar la actitud del paciente.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y los años de ejercicio del encuestado. (anexo 2).

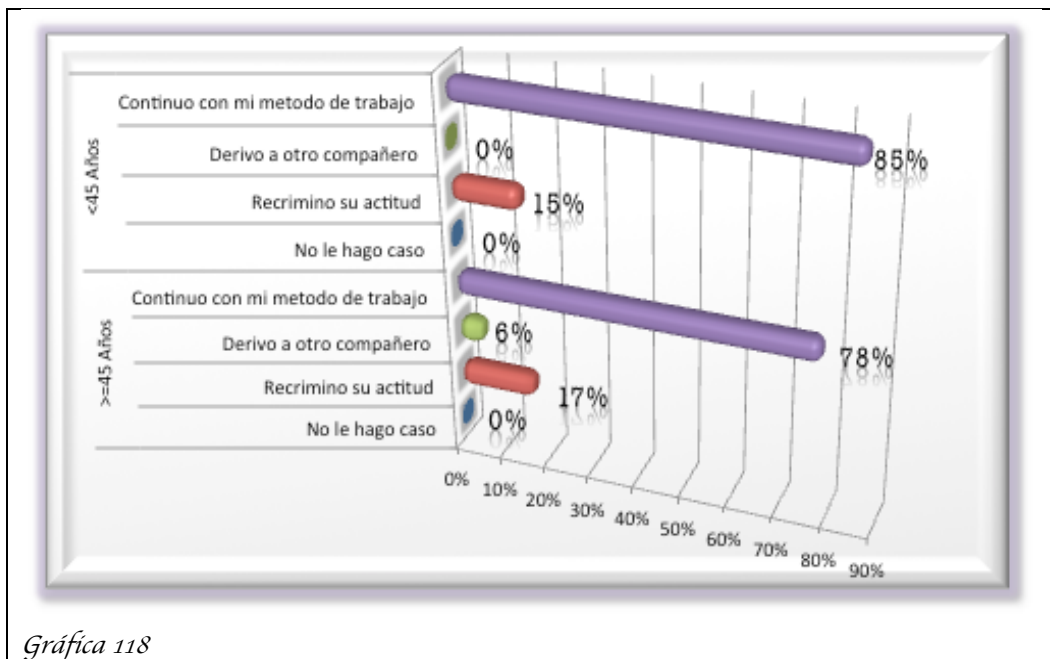
Existe importante diferencia en las respuestas dadas por hombres y mujeres, siendo mayor el porcentaje de mujeres (92%) que ante este caso deciden continuar con su método de trabajo frente al 64% de los hombres. Sin embargo el 36% de los hombres recriminarían la actitud del paciente frente al 4% de las mujeres.

Tabla 115.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
No le hago caso	0	0	0%	0	0%
Recrimino su actitud	6	5	36%	1	4%
Derivo a otro compañero	1	0	0%	1	4%
Continuo con mi método de trabajo	31	9	64%	22	92%



En la diferenciación de respuestas por tramos de edades no se ha encontrado una diferencia sustancial.

Tabla 116.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
No le hago caso	0	0	0%	0	0%
Recrimino su actitud	6	3	17%	3	15%
Derivo a otro compañero	1	1	6%	0	0%
Continuo con mi método de trabajo	31	14	78%	17	85%



V.6.1.3 “Ante la dificultad añadida que supone el paciente emigrante (lengua, cultura, educación...) ¿Qué hace?”

Tabla 117.	Respuestas	Porcentajes
Me quito de en medio como puedo	0	0%
Derivo a otro compañero	1	3%
Me esfuerzo en entenderle y comprenderle	36	97%

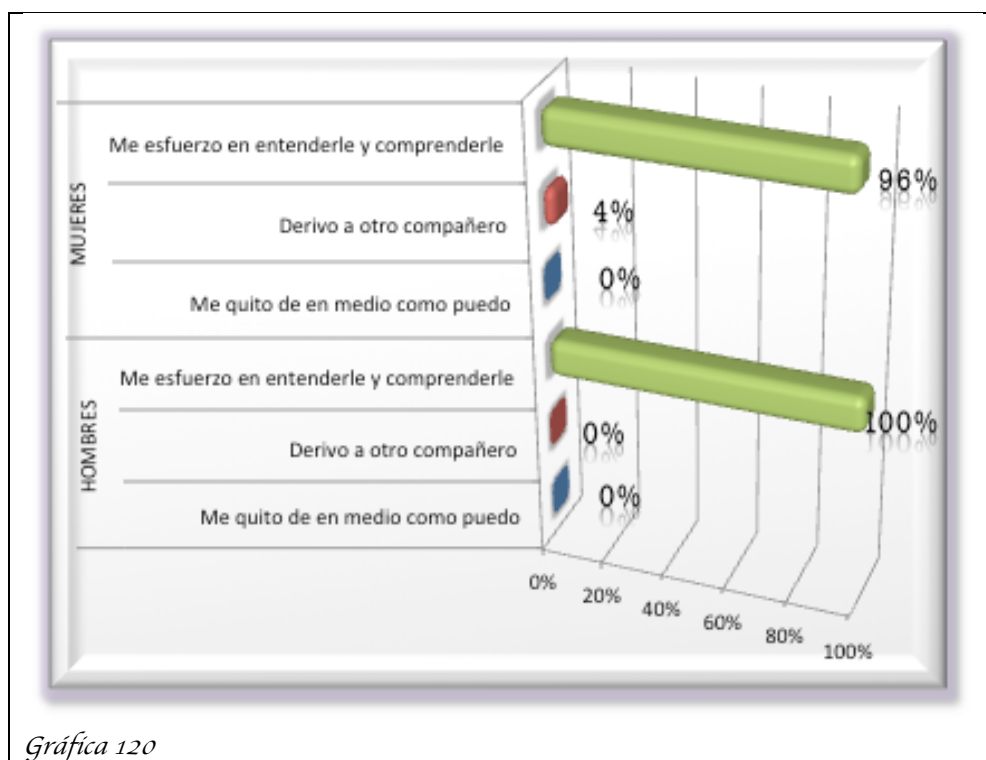


En esta caso, por aplastante mayoría (97%), los dermatólogos actúan ante el paciente emigrante esforzándose en entenderle y comprenderle.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Por lo tanto en la diferenciación por sexos la respuesta en casi total mayoría es idéntica.

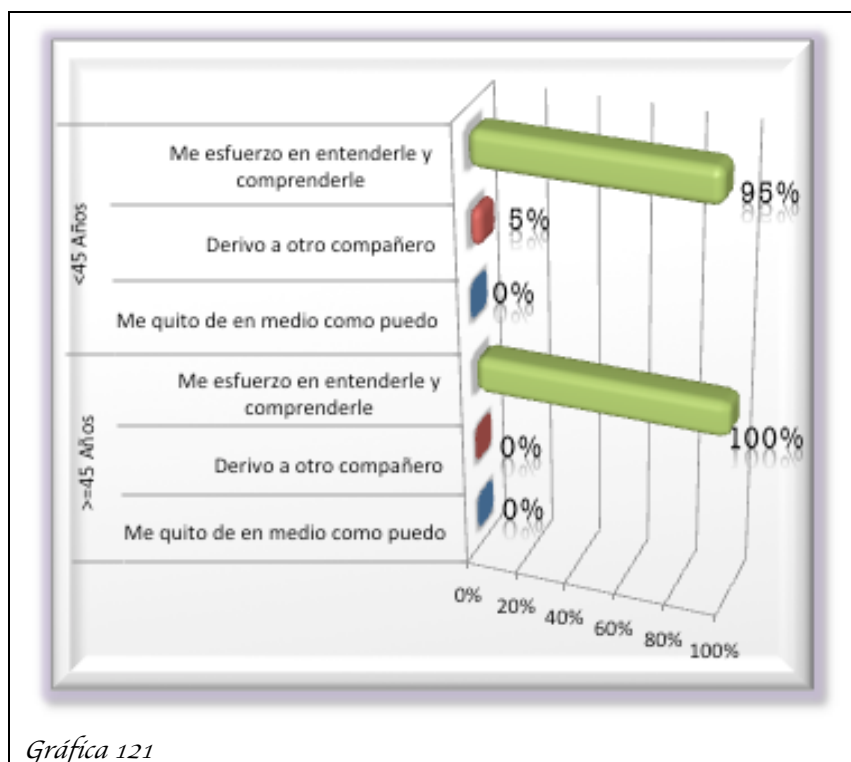
Tabla 118.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Me quito de en medio como puedo	0	0	0%	0	0%
Derivo a otro compañero	1	0	0%	1	4%
Me esfuerzo en entenderle y comprenderle	36	13	100%	23	96%



Gráfica 120

Y lo mismo ocurre en el análisis de la variable de edad.

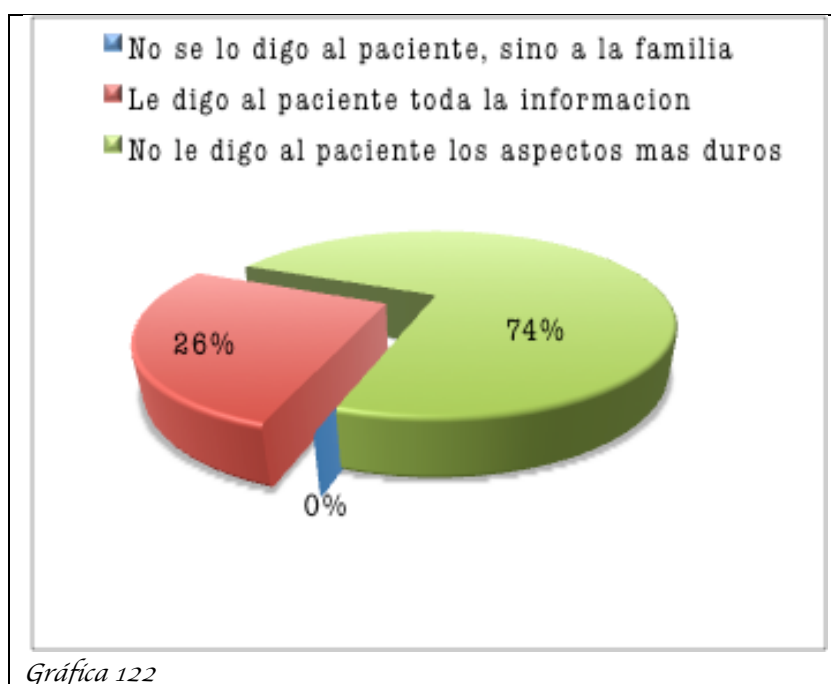
Tabla 119.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Me quito de en medio como puedo	0	0	0%	0	0%
Derivo a otro compañero	1	0	0%	1	5%
Me esfuerzo en entenderle y comprenderle	36	17	100%	19	95%



Gráfica 121

V.6.1.4 “A la hora de comunicar un diagnostico de pronóstico malo o, incluso, infausto, ¿Qué hace?”

Tabla 120.	Respuestas	Porcentajes
No se lo digo al paciente, sino a la familia	0	0%
Le digo al paciente toda la información	10	26%
No le digo al paciente los aspectos mas duros	28	74%

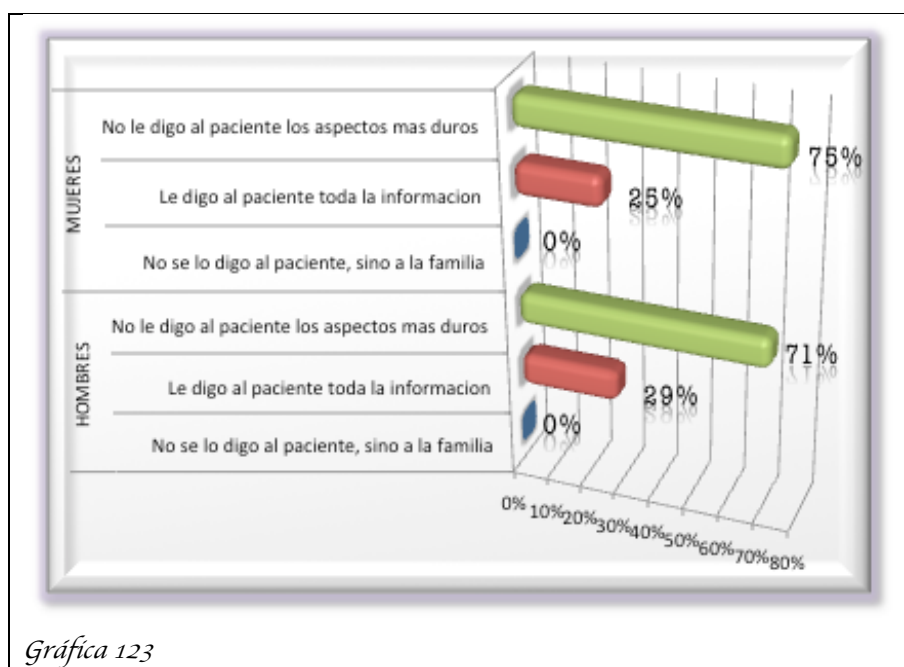


Como se puede observar en la grafica anterior el 74% de los encuestados no diría al paciente los aspectos mas duros del pronostico, siendo de 26% el porcentaje de aquellos dermatólogos que darían al paciente toda la información.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,006), que se pueden generalizar al resto de población.

Tanto las mujeres como los hombres consideran prácticamente de igual modo la respuesta por lo que no hay diferenciación posible

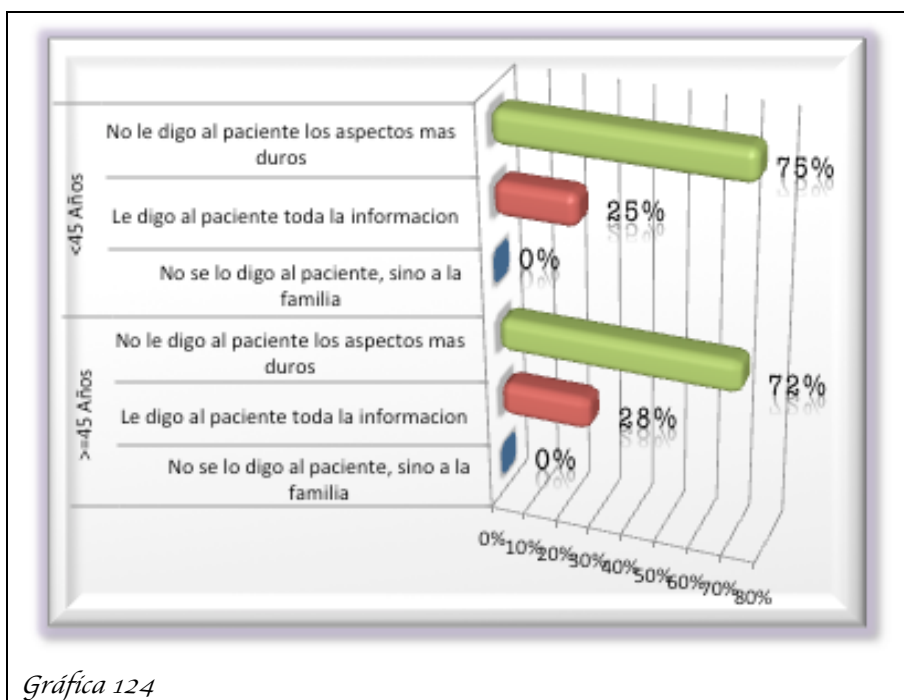
Tabla 121.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
No se lo digo al paciente, sino a la familia	0	0	0%	0	0%
Le digo al paciente toda la información	10	4	29%	6	25%
No le digo al paciente los aspectos mas duros	28	10	71%	18	75%



Gráfica 123

Ocurre del mismo modo con los mayores y menores de 45 años.

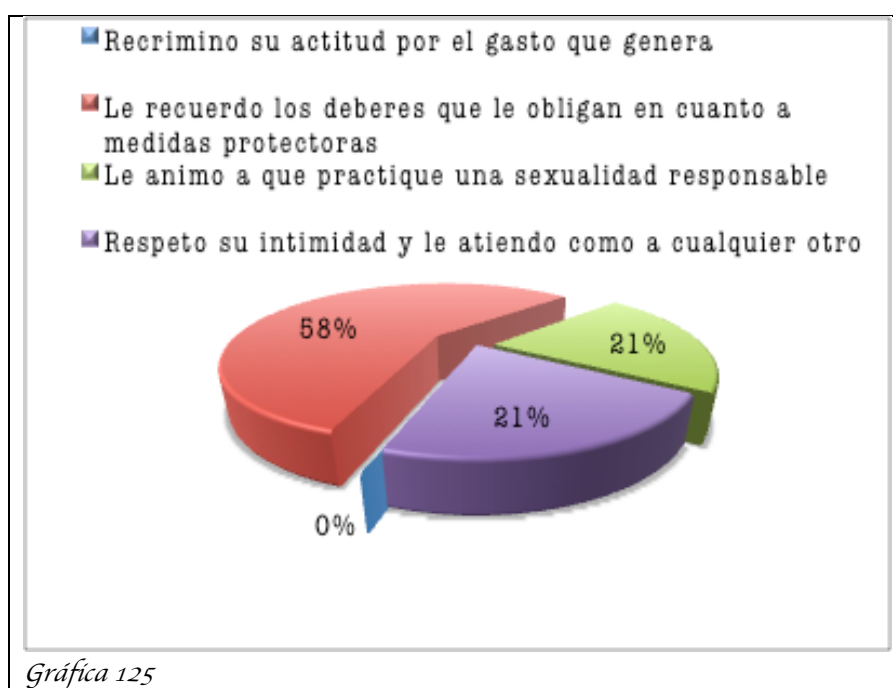
Tabla 122.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
No se lo digo al paciente, sino a la familia	0	0	0%	0	0%
Le digo al paciente toda la información	10	5	28%	5	25%
No le digo al paciente los aspectos mas duros	28	13	72%	15	75%



Gráfica 124

V.6.1.5 “¿Cómo se comporta ante un paciente contagiado por una ETS?”

Tabla 123.	Respuestas	Porcentajes
Recrimino su actitud por el gasto que genera	0	0%
Le recuerdo los deberes que le obligan en cuanto a medidas protectoras	22	58%
Le animo a que practique una sexualidad responsable	8	21%
Respeto su intimidad y le atiendo como a cualquier otro	8	21%

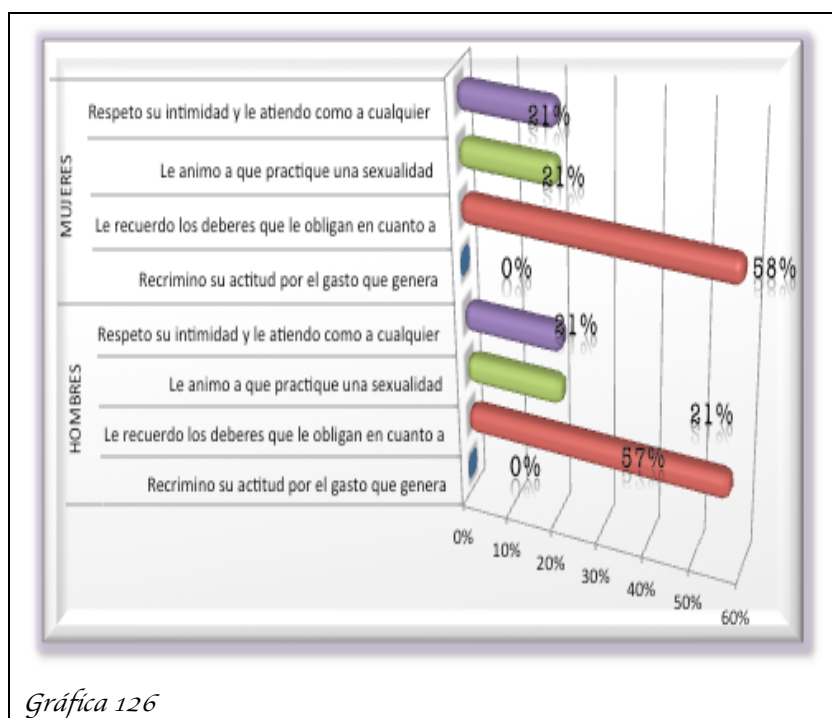


Ante un paciente con alguna enfermedad de transmisión sexual, el 58% de los dermatólogos de Castilla-La Mancha les recuerdan los deberes que les obligan en cuanto a medidas protectoras. Como era de esperar, ninguno de los médicos encuestados recriminaría su actitud por el gasto que generan y el resto de médicos, a partes iguales (8%) les animan a una sexualidad responsable o respetan su intimidad y les atiende como al resto.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,006), que se pueden generalizar al resto de población.

Tanto las mujeres como los hombres consideran prácticamente de igual modo la respuesta por lo que no hay diferenciación posible

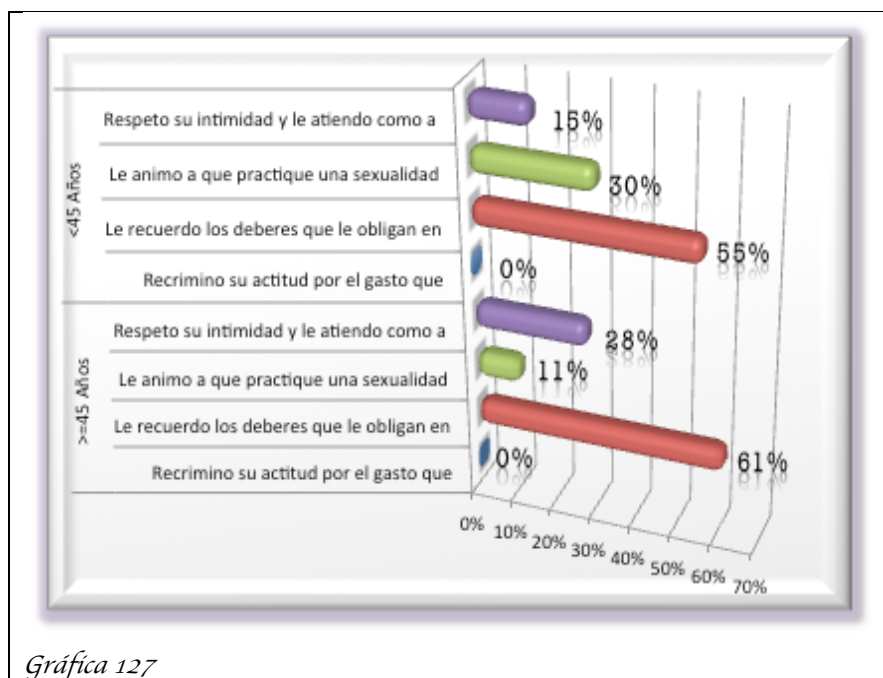
Tabla 124.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Recrimino su actitud por el gasto que genera	0	0	0%	0	0%
Le recuerdo los deberes que le obligan en cuanto a medidas protectoras	22	8	57%	14	58%
Le animo a que practique una sexualidad responsable	8	3	21%	5	21%
Respeto su intimidad y le atiendo como a cualquier otro	8	3	21%	5	21%



Gráfica 126

Sin embargo 28% de los mayores de 45 años respetarían la intimidad del paciente frente al 15% de los menores de 45 años. Por lo tanto los menores de 45 años procuran, en mayor medida que los mayores, animar al paciente a que practique una sexualidad responsable.

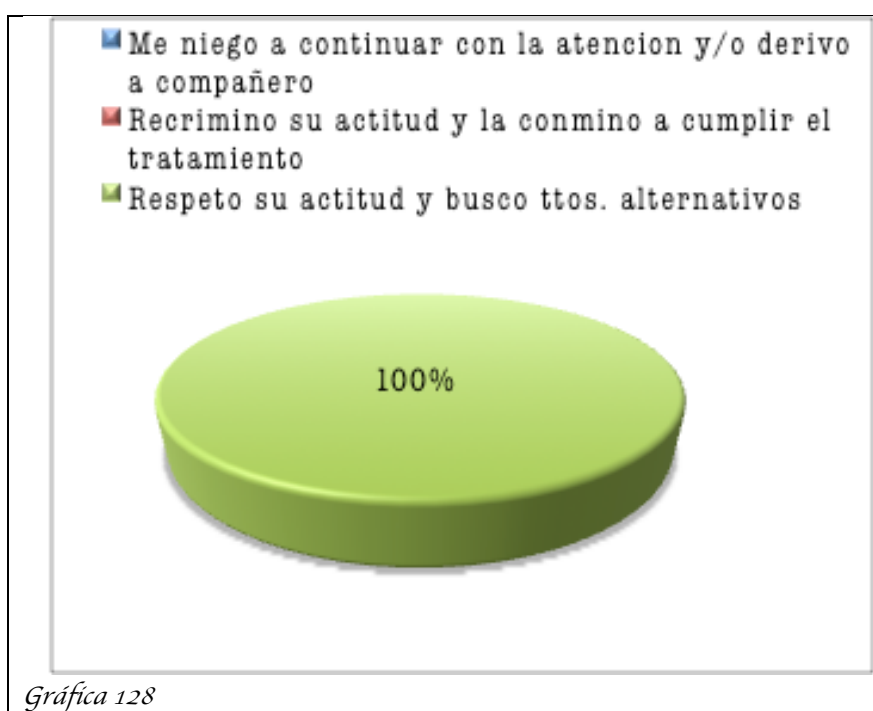
Tabla 125.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Recrimino su actitud por el gasto que genera	0	0	0%	0	0%
Le recuerdo los deberes que le obligan en cuanto a medidas protectoras	22	11	61%	11	55%
Le animo a que practique una sexualidad responsable	8	2	11%	6	30%
Respeto su intimidad y le atiendo como a cualquier otro	8	5	28%	3	15%



Gráfica 127

V.6.1.6 “Ante una paciente en edad fértil, que debe tratar con retinoides orales y que se niega a utilizar métodos anticonceptivos por razones religiosas, ideológicas o culturales ¿Cómo actúa?”

Tabla 126.	Respuestas	Porcentajes
Me niego a continuar con la atención y/o derivo a compañero	0	0%
Recrimino su actitud y la conmino a cumplir el tratamiento	0	0%
Respeto su actitud y busco tratamientos alternativos	38	100%

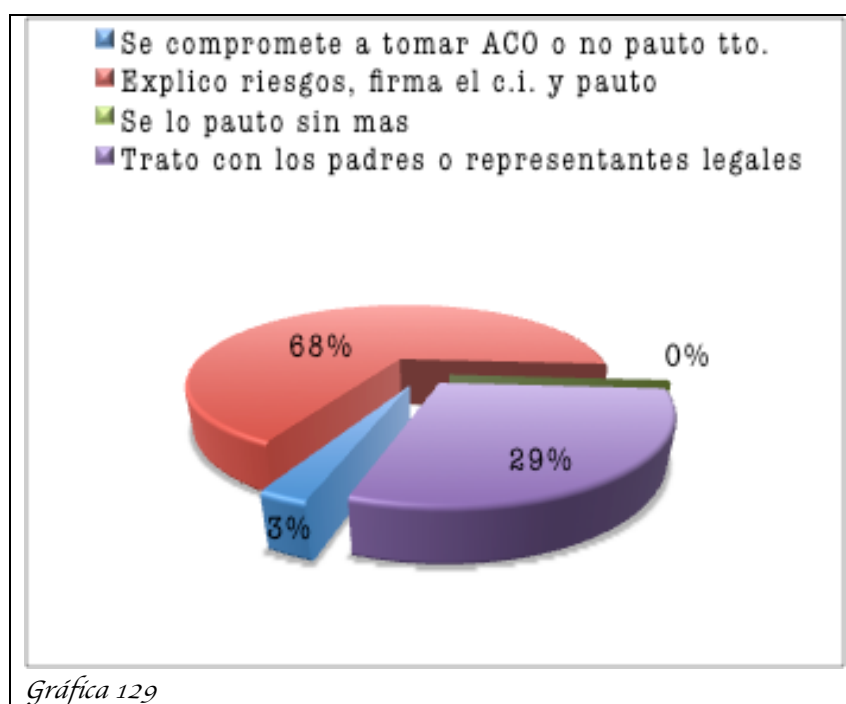


Como se puede observar en la grafica, no existe discusión respecto a las respuestas dadas, ya que por mayoría total (100%) opinan que respetan la actitud del paciente y buscan tratamientos alternativos. En esta ocasión no se ha realizado la diferenciación entre sexos y edades debido al 100% de respuestas coincidentes.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

V.6.1.7 “En el caso de una menor de 16 años que va a iniciar tratamiento con isotretinoína y que no quiere tomar ACO porque no ha tenido relaciones sexuales ni piensa tenerlas ¿Cómo actúa?”

Tabla 127.	Respuestas	Porcentajes
Se compromete a tomar ACO o no pauto tratamiento.	1	3%
Explico riesgos, firma el C.I. y pauto	26	68%
Se lo pauto sin mas	0	0%
Trato con los padres o representantes legales	11	29%



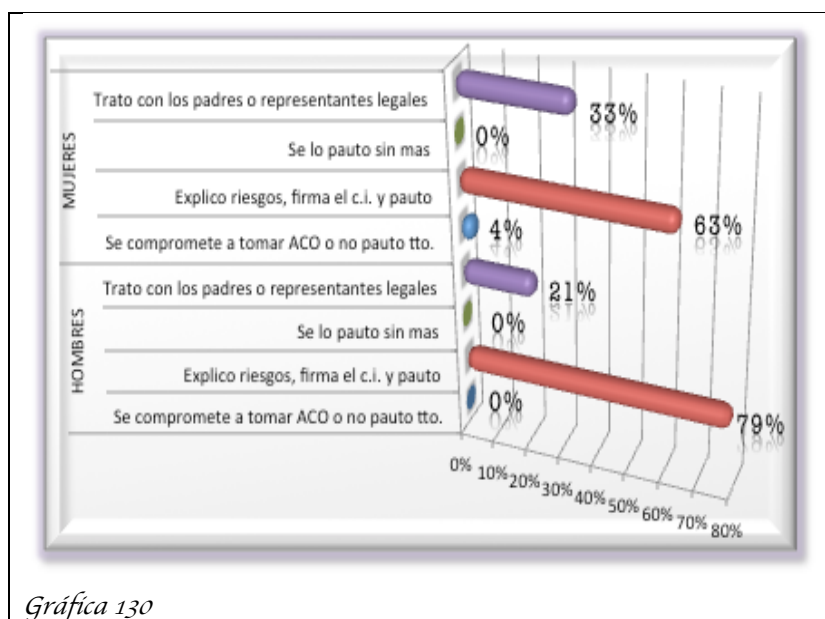
El 68% de los dermatólogos toman la actitud, en principio, más jurídicamente defensiva como es explicar riesgos, hacer que firmen el C.I. y pautar la isotretinoína. Únicamente el 29% trataría con los padres o representantes legales.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el puesto de trabajo del encuestado. (anexo 2).

Siendo la misma respuesta dada en su mayoría tanto por hombres como por mujeres, son estas ultimas las que como segunda opinión deciden, en mayor proporción que los hombres (33% frente a 21%), tratar el caso con los padres o representantes legales de la menor.

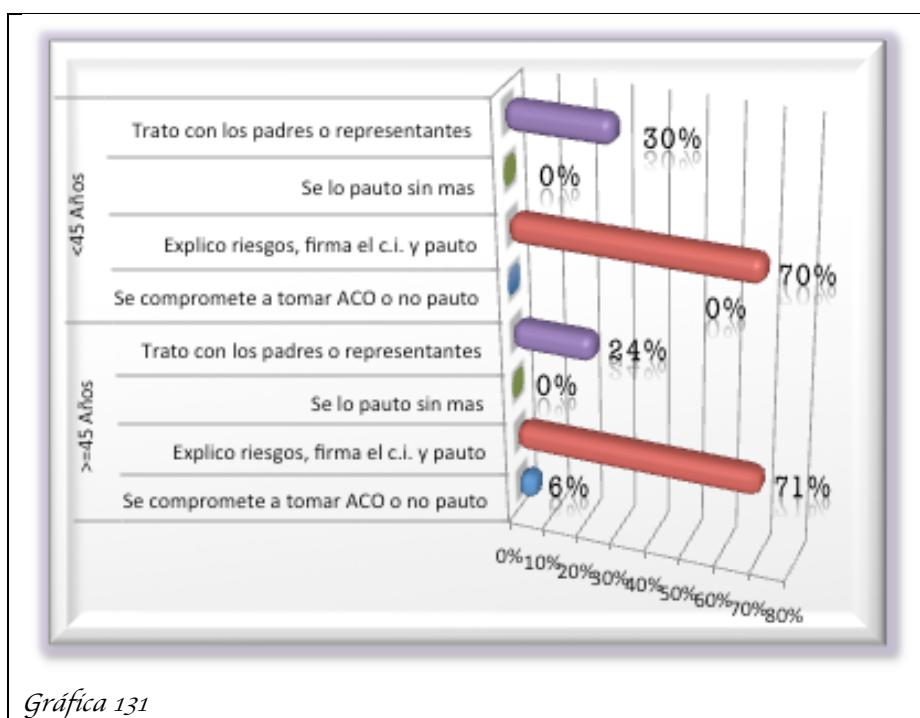
Tabla 128.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Se compromete a tomar ACO o no pauto tratamiento.	1	0	0%	1	4%
Explico riesgos, firma el C.I. y pauto	26	11	79%	15	63%
Se lo pauto sin mas	0	0	0%	0	0%
Trato con los padres o representantes legales	11	3	21%	8	33%



Gráfica 130

Entre menores y mayores de 45 años no existen diferencias a destacar.

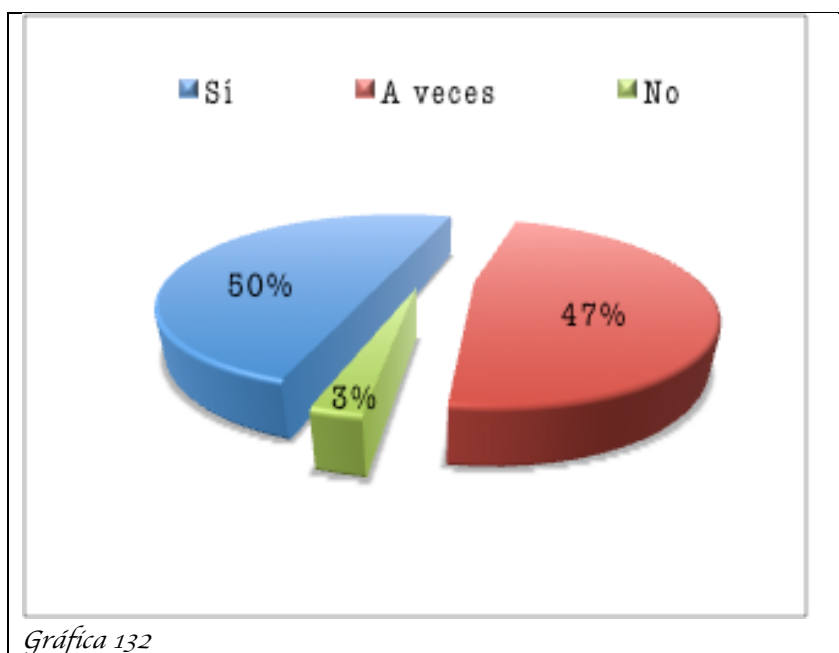
Tabla 129.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Se compromete a tomar ACO o no pauto tratamiento.	1	1	6%	0	0%
Explico riesgos, firma el C.I. y pauto	26	12	71%	14	70%
Se lo pauto sin mas	0	0	0%	0	0%
Trato con los padres o representantes legales	11	4	24%	6	30%



Gráfica 131

V.6.1.8 “ En el proceso de Consentimiento Informado ¿Se asegura, habitualmente, de que el paciente ha comprendido la información proporcionada?”

Tabla 130.	Respuestas	Porcentajes
Si	19	50%
A veces	18	47%
No	1	3%

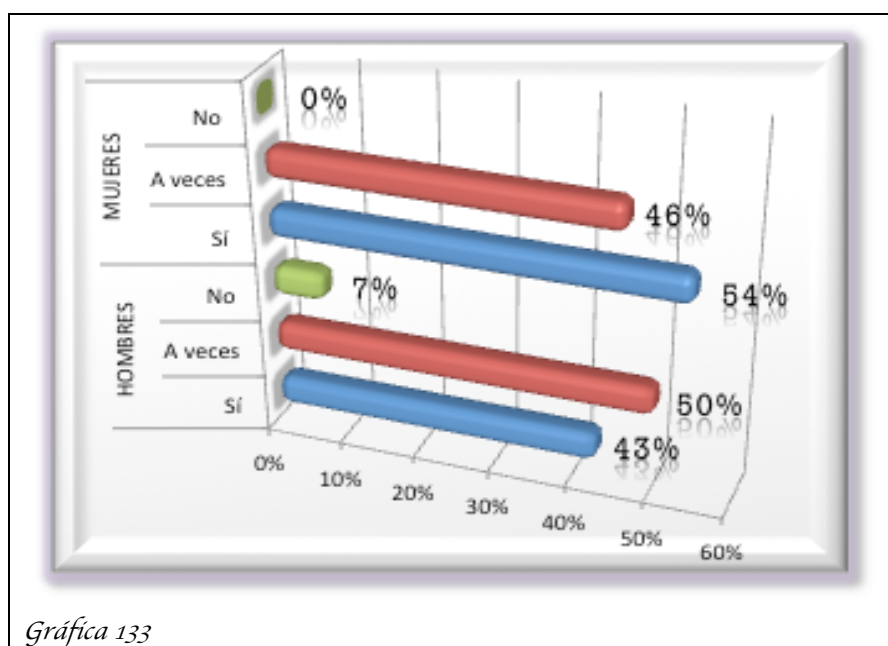


El 50% de los dermatólogos se asegura de que el paciente haya comprendido la información proporcionada en el C.I., mientras que el 18% sólo a veces se asegura.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

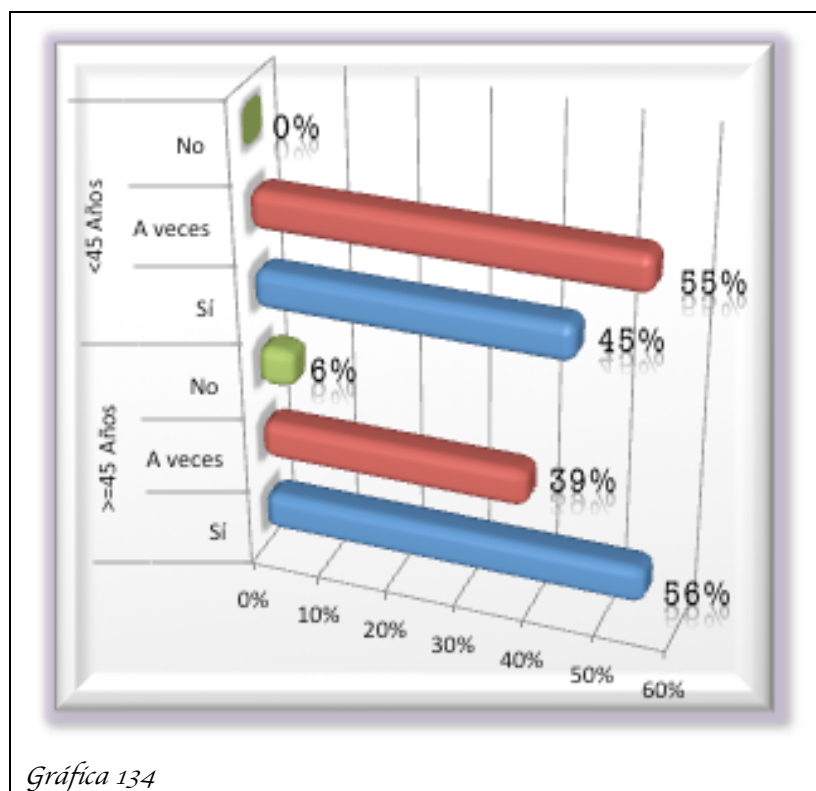
Son más las mujeres (54%) que se aseguran de la comprensión por parte del paciente del C.I. que los hombres (43%).

Tabla 131.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
	Si	6	43%	13	54%
	A veces	7	50%	11	46%
	No	1	7%	0	0%



Por edades son mas los mayores de 45 años que siempre se aseguran (56%) que los menores de 45 años (45%)

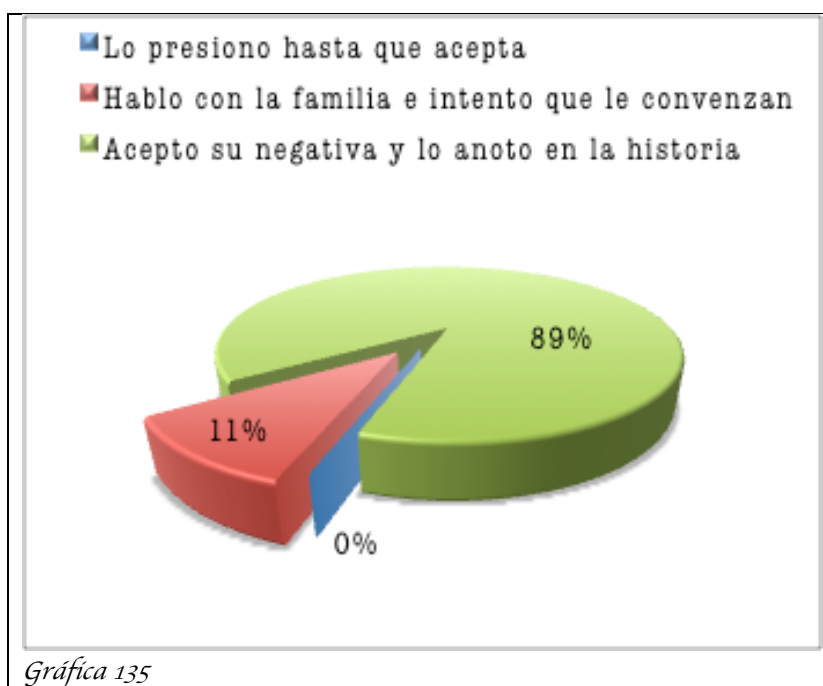
Tabla 132.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
	Si	10	56%	9	45%
	A veces	7	39%	11	55%
	No	1	6%	0	0%



Gráfica 134

V.6.1.9 “Si, una vez proporcionada adecuadamente la información, el paciente no acepta la medida terapéutica propuesta ¿Qué hace?”

Tabla 133.	Respuestas	Porcentajes
Lo presiono hasta que acepta	0	0%
Hablo con la familia e intento que le convenzan	4	11%
Acepto su negativa y lo anoto en la historia	34	89%

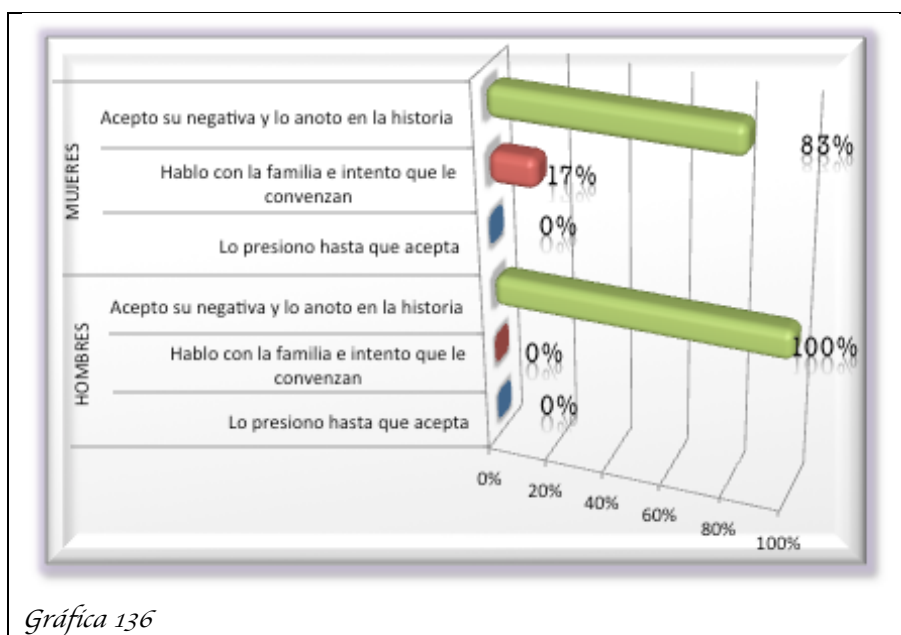


Como vemos en la gráfica, una amplia mayoría de los encuestados aceptarían la negativa del paciente, mientras que solo un 11% intentaría convencer al paciente a través de la familia.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

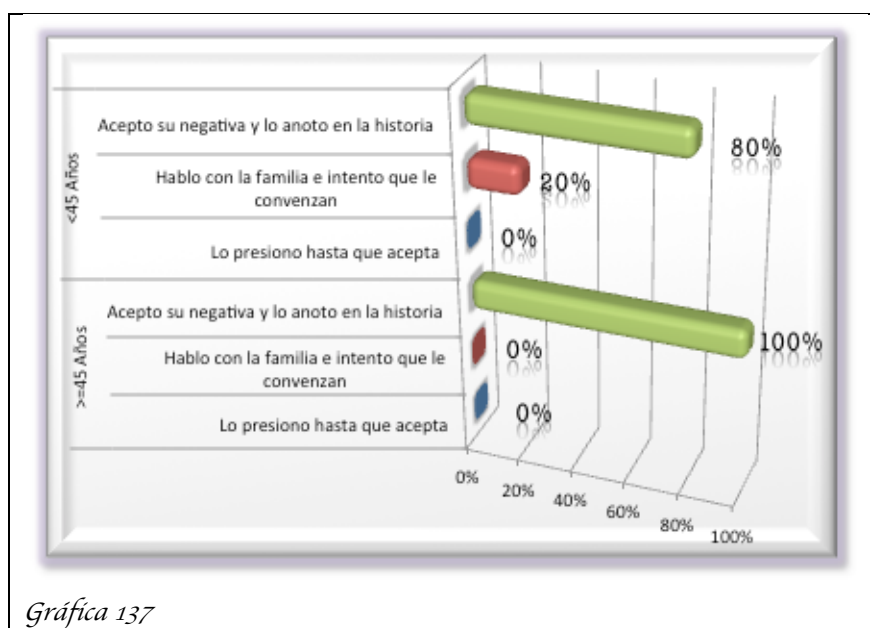
En la diferenciación entre hombres y mujeres destaca que el 100% de los hombres aceptarían sin replica la decisión del paciente y lo registrarían en su historia mientras que un 17% de las mujeres hablaría con la familia para que intentaran convencer al paciente.

Tabla 134.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Lo presiono hasta que acepta	0	0	0%	0	0%
Hablo con la familia e intento que le convenzan	4	0	0%	4	17%
Acepto su negativa y lo anoto en la historia	34	14	100%	20	83%



Por edades, los mayores de 45 años están convencidos el 100% de ellos que aceptarían la negativa del paciente, mientras que los menores de 45 años en un 20% de los casos intentarían convencer al paciente.

Tabla 135.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Lo presiono hasta que acepta	0	0	0%	0	0%
Hablo con la familia e intento que le convenzan	4	0	0%	4	20%
Acepto su negativa y lo anoto en la historia	34	18	100%	16	80%



Gráfica 137

V.6.1.10 “Si el paciente, ante una medida terapéutica, manifiesta su deseo de no saber ¿Cómo actúa?”

Tabla 136.	Respuestas	Porcentajes
Respeto esa decisión y lo anoto en la historia	35	92%
Le doy la información si quiere como si no	1	3%
Se la doy a la familia sin que el lo sepa	2	5%

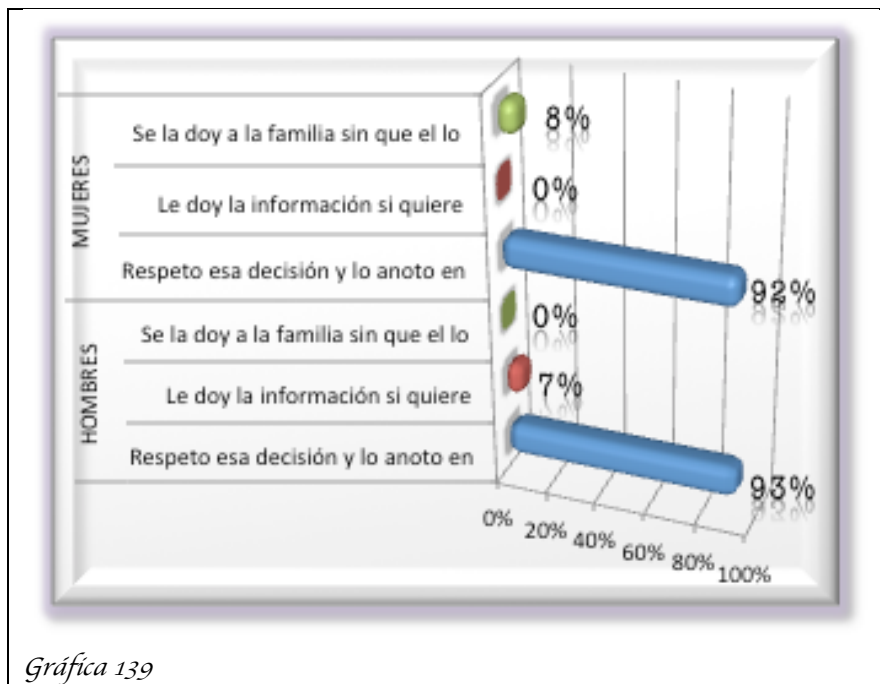


Si el paciente no quisiera que se le explicara la medida terapéutica, los facultativos encuestados, en un 92% de los casos, respetarían la decisión del paciente, por lo que el resto de posibles respuestas no son determinantes.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

En la diferenciación por sexos es curioso como un 8% de las mujeres preferirían darle la información a la familia sin que el paciente lo sepa.

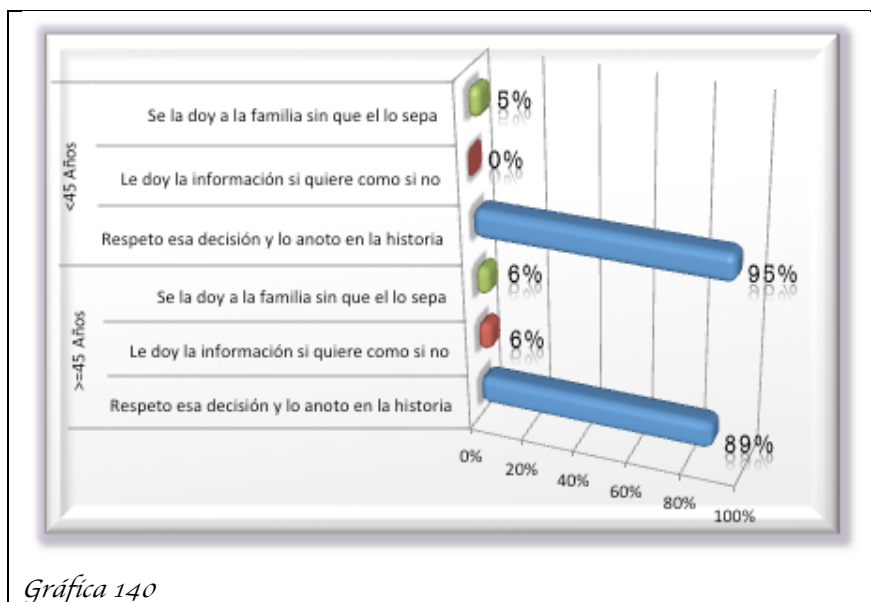
Tabla 137.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Respeto esa decisión y lo anoto en la historia	35	13	93%	22	92%
Le doy la información si quiere como si no	1	1	7%	0	0%
Se la doy a la familia sin que el lo sepa	2	0	0%	2	8%



Gráfica 139

No es relevante el resultado que obtenemos en la diferenciación por edades.

Tabla 138.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Respeto esa decisión y lo anoto en la historia	35	16	89%	19	95%
Le doy la información si quiere como si no	1	1	6%	0	0%
Se la doy a la familia sin que el lo sepa	2	1	6%	1	5%



Gráfica 140

V.6.1.11 Discusión

Es gratificante, desde el punto de vista ético, la respuesta ofrecida a esos dilemas éticos que el día a día presenta. La talla ética de los compañeros de ejercicio de ésta comunidad es innegable. Así lo vemos en la relación con el paciente y como la actitud de éste al que benévolamente hemos denominado “difícil” no altera la labor del médico, que se va a esforzar en sortear las barreras lingüísticas, culturales, educacionales,... y que va a buscar la manera piadosa de decir la verdad es vez de utilizar la mentira piadosa y dar las malas noticias a la familia en vez de a aquel.

La misma línea sigue ante el contagiado por ETS en las que aportan respuestas complementarias en la totalidad como ocurre en la mujer que no quiere tomar métodos anticonceptivos por las razones que fuere.

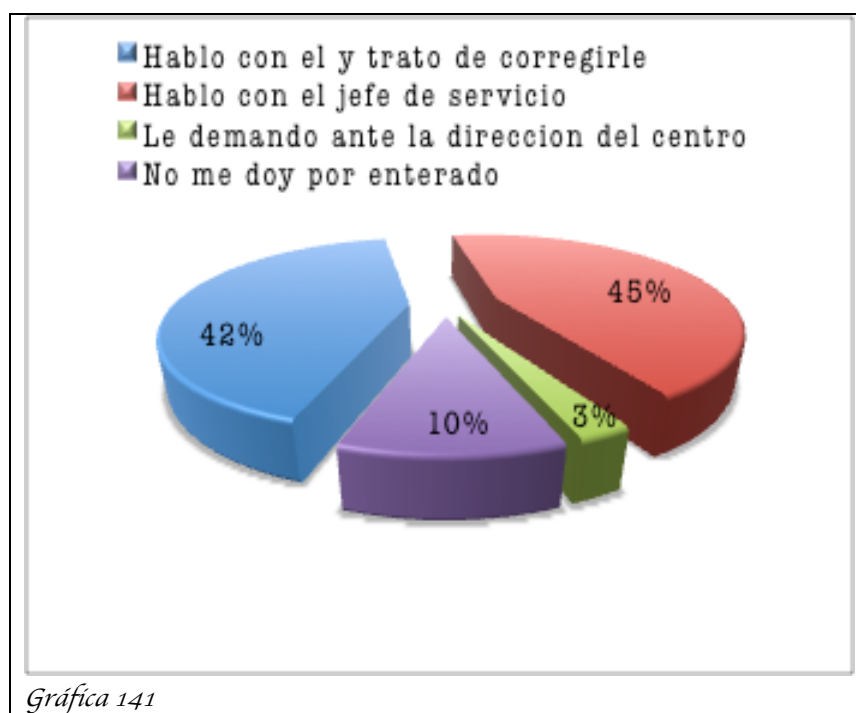
Cuando se trata de una menor también la respuesta es éticamente correcta si partimos de la premisa de que cuando se da el paso a que firme el consentimiento informado se la considera capaz y, ante la duda se recurre a los padres o tutores.

La respuesta dada a los problemas que plantea la utilización del consentimiento informado (información, aceptación de la terapia propuesta y respeto al derecho a no saber) es muy encomiable y, desde luego, en la línea del nuevo paradigma ético de nuestra profesión. Sólo nos asalta una duda: el que casi la mitad solamente “a veces” se asegura de la comprensión de la información. Puedo afirmar que, al menos en mi entorno profesional, es debido a la premura en tomar decisiones.

V.6.2 En relación con los compañeros

V.6.2.1 “Si comprueba que un compañero suyo no dispensa el trato adecuado a los pacientes ¿Qué hace?”

Tabla 139.	Respuestas	Porcentajes
Hablo con él y trato de corregirle	16	42%
Hablo con el jefe de servicio	17	45%
Le demando ante la dirección del centro	1	3%
No me doy por enterado	4	11%



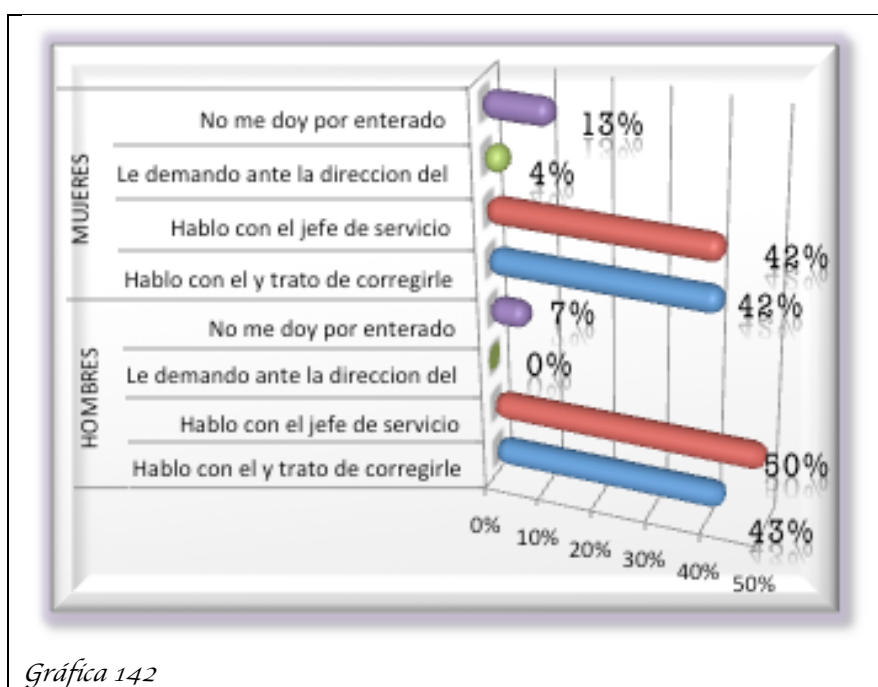
En los resultados obtenidos no existe una tendencia clara hacia una unanimidad en la respuesta. En un 45% de los casos el dermatólogo hablaría directamente con el jefe de servicio y un 42% hablaría con el compañero tratando de corregirle. Lo que si queda bastante claro es que lo que nunca haría el facultativo es demandar a su compañero ante la dirección del centro.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el puesto de trabajo del encuestado. (anexo 2).

La diferenciación por sexos en las respuesta no apuntan ningún dato relevante a la encuesta

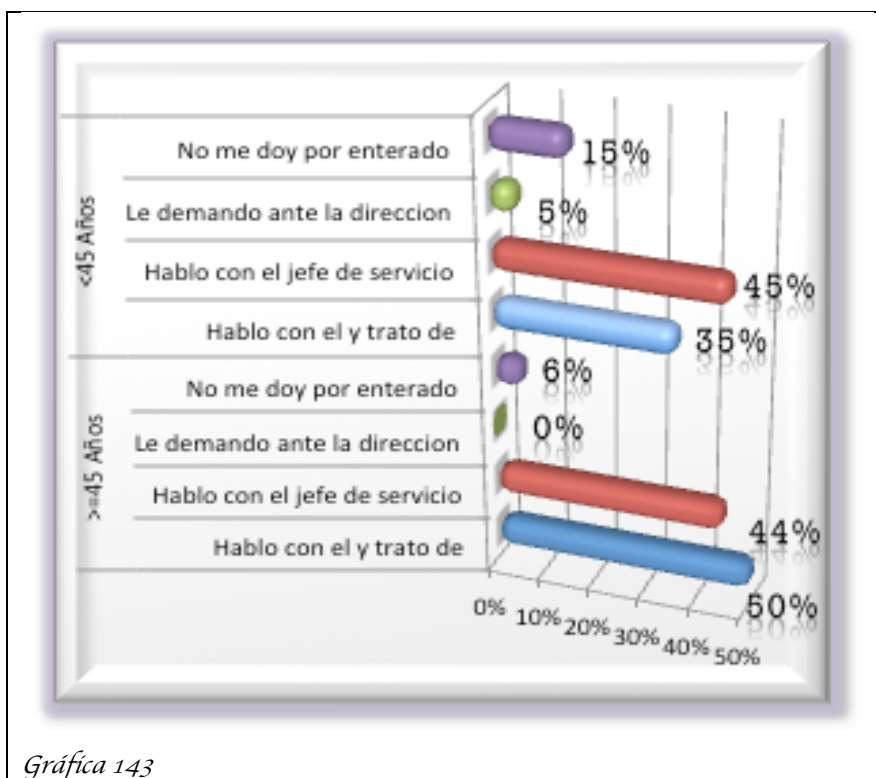
Tabla 140.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Hablo con él y trato de corregirle	16	6	43%	10	42%
Hablo con el jefe de servicio	17	7	50%	10	42%
Le demando ante la dirección del centro	1	0	0%	1	4%
No me doy por enterado	4	1	7%	3	13%



Gráfica 142

Sin embargo, sí que se apunta un dato relevante en la diferenciación por edades. Con una diferencia de un 15%, los mayores de 45 años tenderían a hablar con su compañero. En los datos obtenidos para los menores de 45 años, un 15% miraría para otro lado.

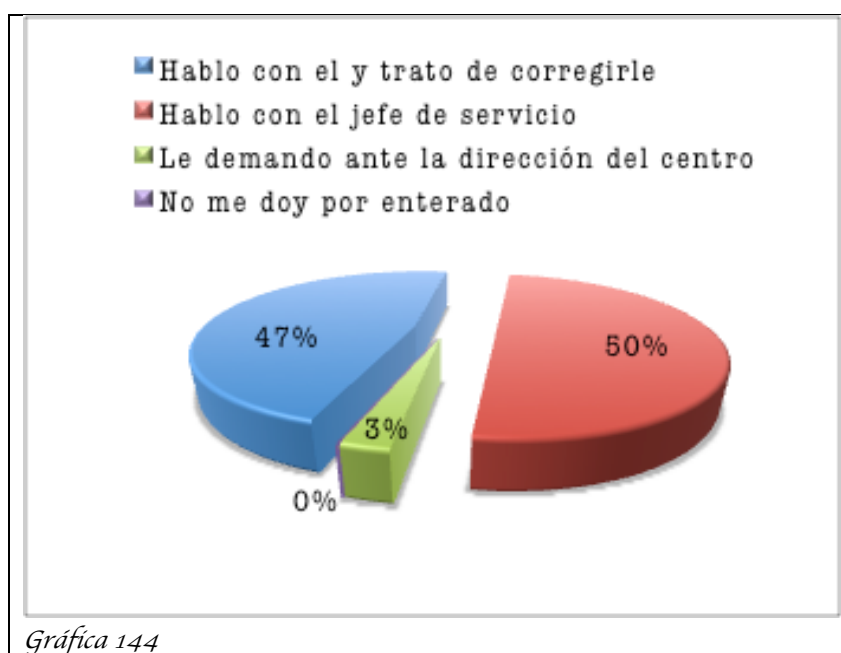
Tabla 141.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Hablo con él y trato de corregirle	16	9	50%	7	35%
Hablo con el jefe de servicio	17	8	44%	9	45%
Le demando ante la dirección del centro	1	0	0%	1	5%
No me doy por enterado	4	1	6%	3	15%



Gráfica 143

V.6.2.2 “¿Y si el problema es de mala praxis técnica?”

Tabla 142.	Respuestas	Porcentajes
Hablo con el y trato de corregirle	18	47%
Hablo con el jefe de servicio	19	50%
Le demando ante la dirección del centro	1	3%
No me doy por enterado	0	0%



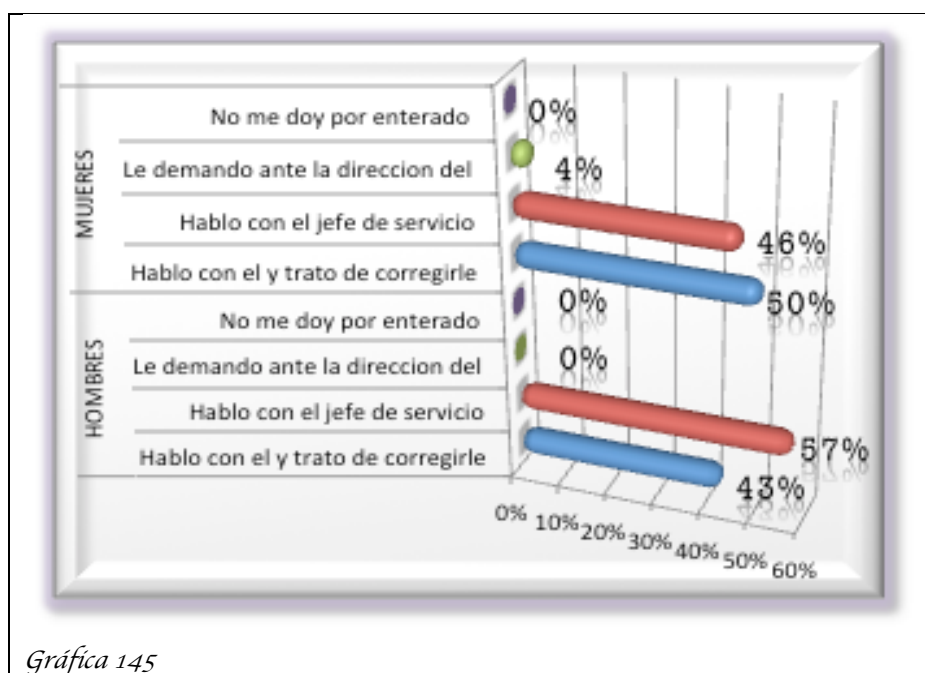
En los resultados obtenidos no existe una tendencia clara hacia una unanimidad en la respuesta. En un 50% de los casos el dermatólogo hablaría directamente con el jefe de servicio y un 47% hablaría con el compañero tratando de corregirle. Como vemos las respuestas son similares a las obtenidas en la pregunta anterior, dejando, también, patente la poca inclinación a demandar ante la dirección del centro.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,014), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el puesto de trabajo del encuestado. (anexo 2).

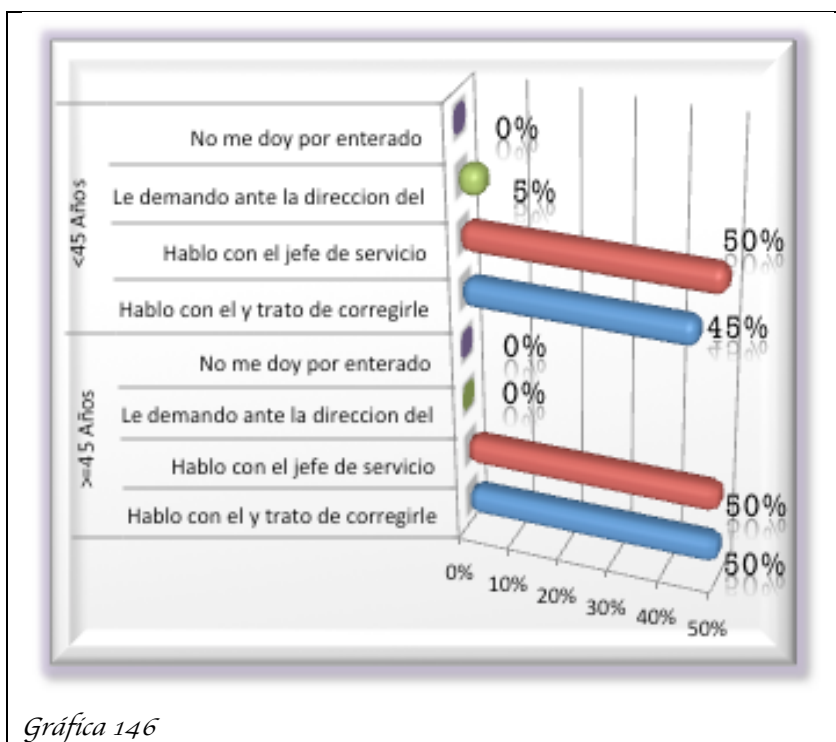
La diferenciación por sexos en las respuesta no apuntan ningún dato relevante a la encuesta

Tabla 143.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Hablo con el y trato de corregirle	18	6	43%	12	50%
Hablo con el jefe de servicio	19	8	57%	11	46%
Le demando ante la dirección del centro	1	0	0%	1	4%
No me doy por enterado	0	0	0%	0	0%



La diferenciación por edades en las respuesta no apuntan ningún dato relevante a la encuesta.

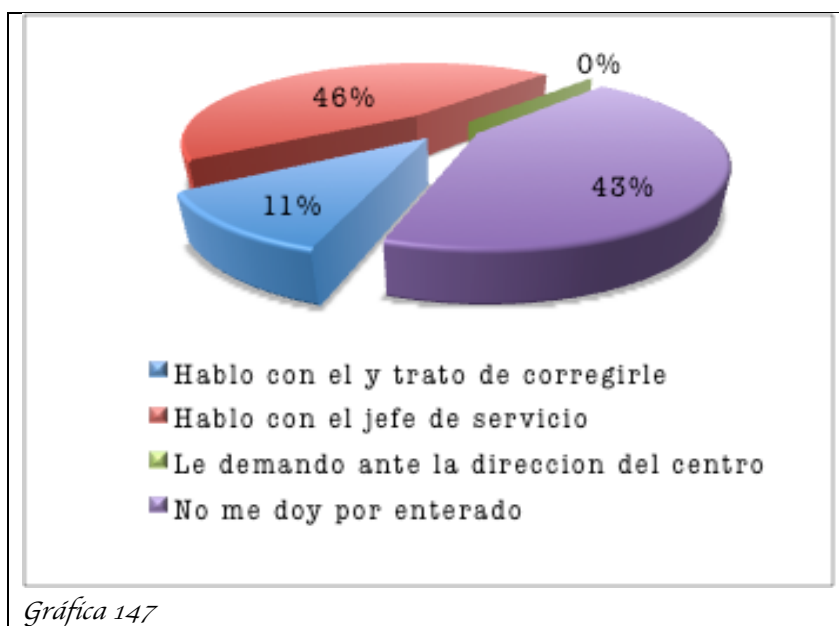
Tabla 144.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Hablo con el y trato de corregirle	18	9	50%	9	45%
Hablo con el jefe de servicio	19	9	50%	10	50%
Le demando ante la dirección del centro	1	0	0%	1	5%
No me doy por enterado	0	0	0%	0	0%



Gráfica 146

V.6.2.3. “ ¿Y si comprueba que está obteniendo recompensas económicas ilícitas de los laboratorios?”

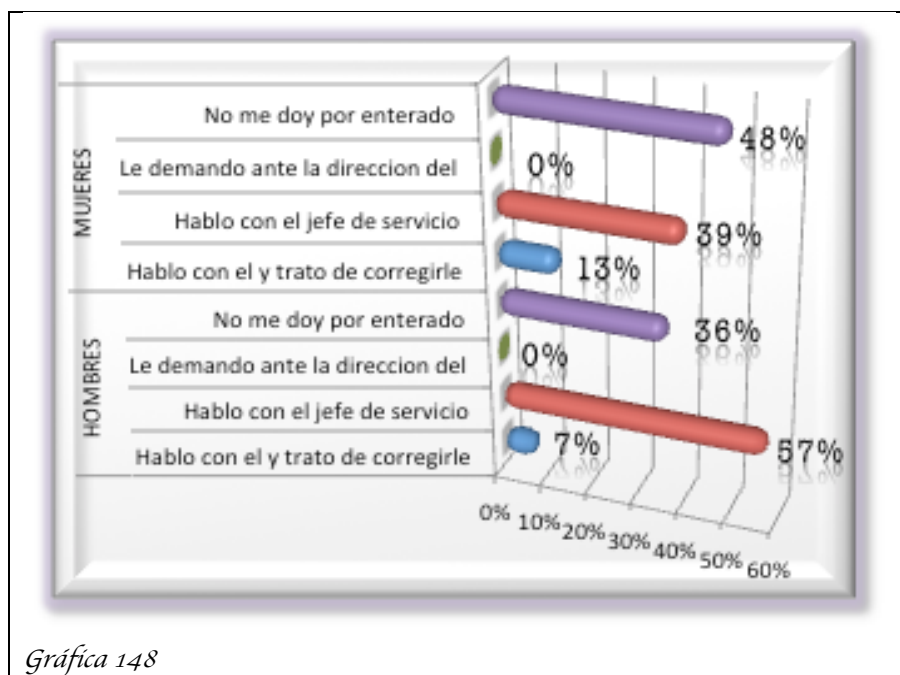
Tabla 145.	Respuestas	Porcentajes
Hablo con él y trato de corregirle	4	11%
Hablo con el jefe de servicio	17	46%
Le demando ante la dirección del centro	0	0%
No me doy por enterado	16	43%



A diferencia de las respuestas en este capítulo de “relación con los compañeros” en este caso desciende la tendencia a hablar con el compañero y tratar de corregirle y aumenta la tendencia a no darse por enterado. Por lo tanto en un 46% de los casos los dermatólogos hablarían con el jefe de servicio y un 43% no se daría por enterado.

Los hombres destacan más en la opción de hablar con el jefe de servicio mientras que las mujeres prefieren no darse por enteradas.

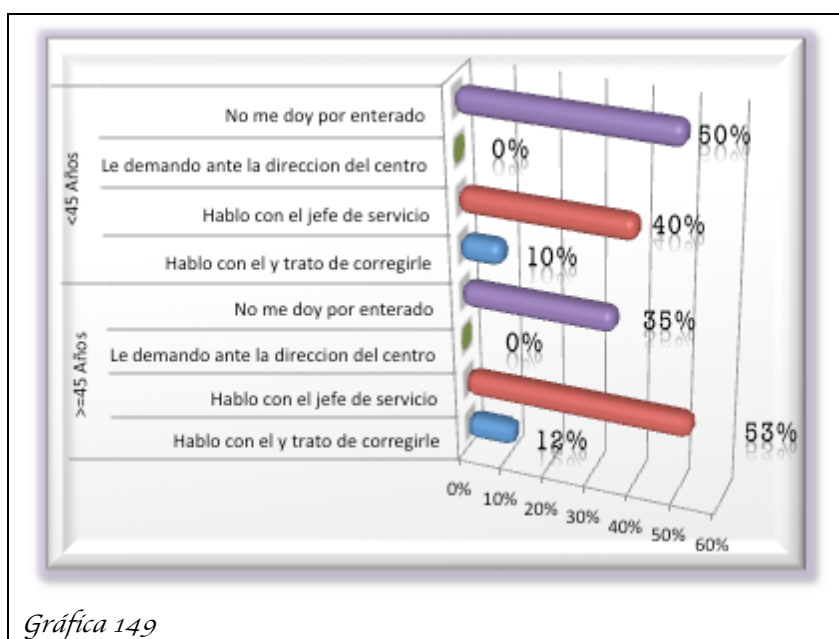
Tabla 146.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Hablo con él y trato de corregirle	4	1	7%	3	13%
Hablo con el jefe de servicio	17	8	57%	9	39%
Le demando ante la dirección del centro	0	0	0%	0	0%
No me doy por enterado	16	5	36%	11	48%



Gráfica 148

Ocurre algo similar en los mayores de 45 años que prefieren hablar con el jefe de servicio frente a los menores de 45 años que prefieren no darse por enterados, entre otras cosas porque de nuevo vemos que los dermatólogos jóvenes son mayormente mujeres.

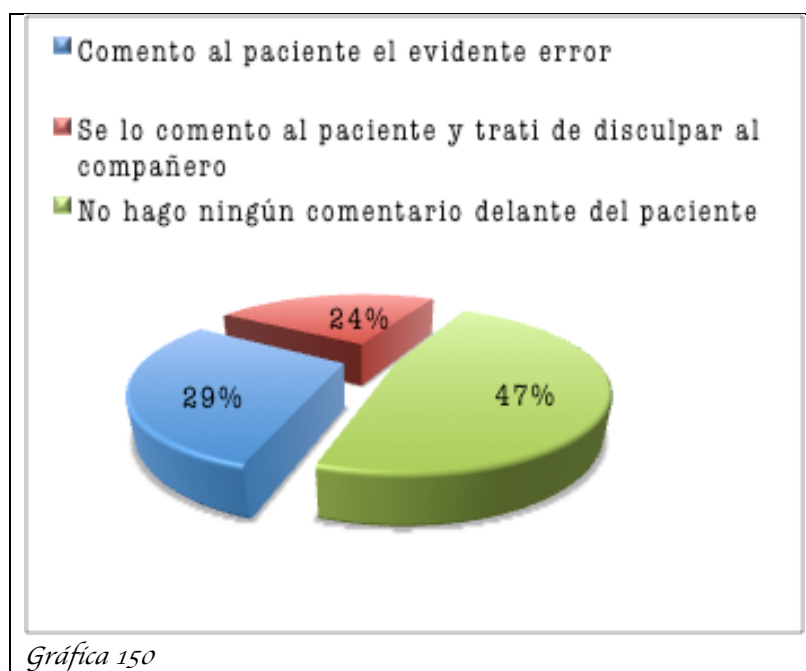
Tabla 147.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Hablo con él y trato de corregirle	4	2	12%	2	10%
Hablo con el jefe de servicio	17	9	53%	8	40%
Le demando ante la dirección del centro	0	0	0%	0	0%
No me doy por enterado	16	6	35%	10	50%



Gráfica 149

V.6.2.4 “Ante la constatación de un diagnóstico o tratamiento erróneo por parte de un compañero de la propia o de otra especialidad, habitualmente...”

Tabla 148.	Respuestas	Porcentajes
Comento al paciente el evidente error	11	29%
Se lo comento al paciente y trato de disculpar al compañero	9	24%
No hago ningún comentario delante del paciente	18	47%

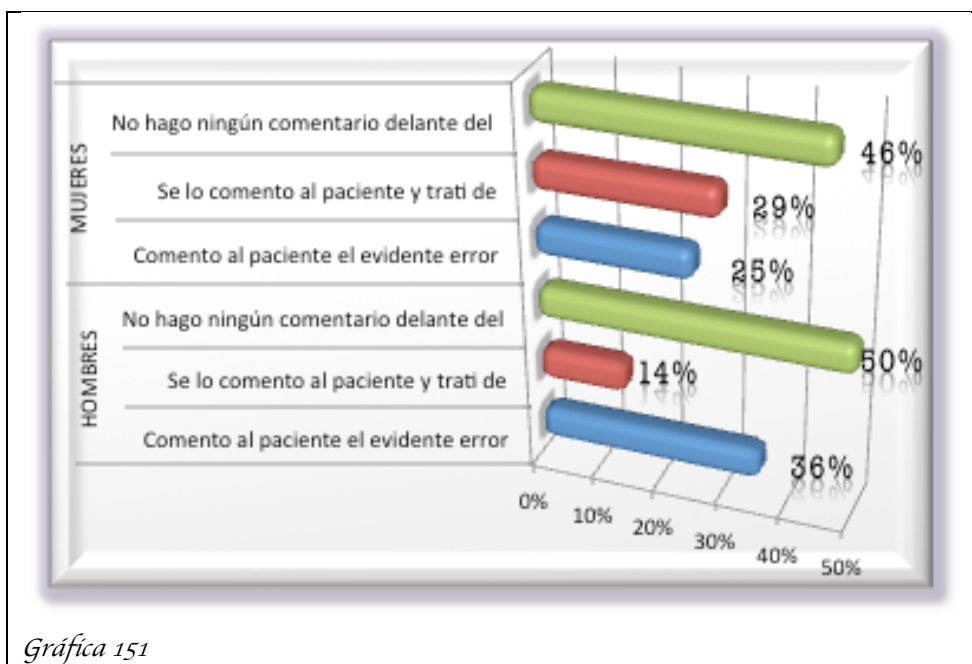


Aproximadamente la mitad de los encuestados no harían ningún comentario al paciente ante el caso de tratamiento erróneo.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Los hombres tienen un mayor porcentaje que las mujeres en la opción de comentarle el error al paciente, un 36% frente a un 25% respectivamente.

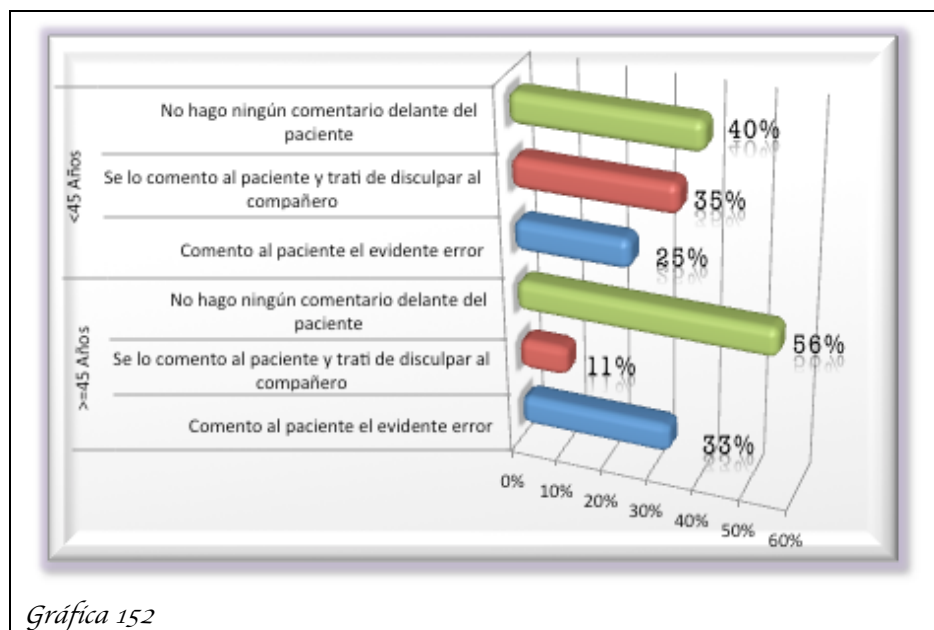
Tabla 149.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Comento al paciente el evidente error	11	5	36%	6	25%
Se lo comento al paciente y trato de disculpar al compañero	9	2	14%	7	29%
No hago ningún comentario delante del paciente	18	7	50%	11	46%



Gráfica 151

Los mayores de 45 años son más cautos con respecto a la actitud de comentar con el paciente lo del error frente a los menores de 45.

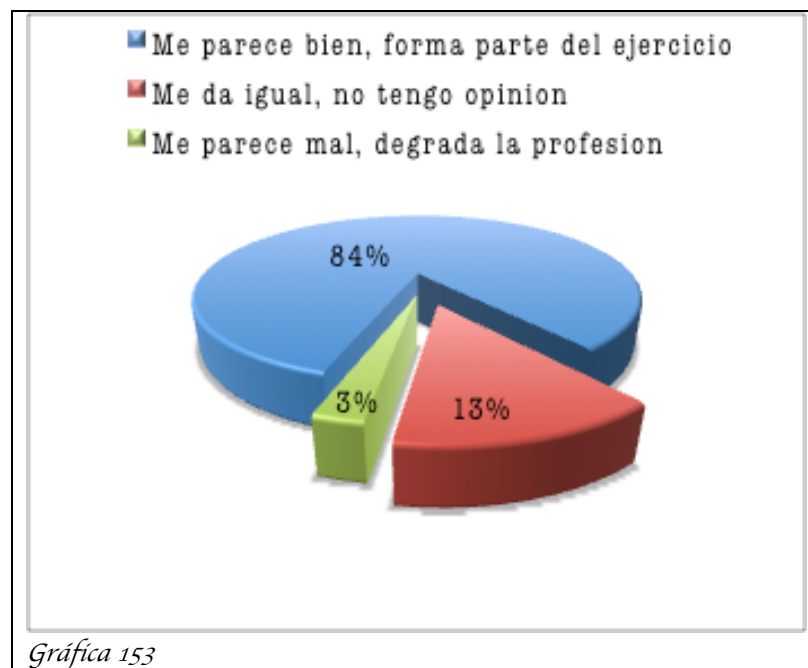
Tabla 150.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Comento al paciente el evidente error	11	6	33%	5	25%
Se lo comento al paciente y trato de disculpar al compañero	9	2	11%	7	35%
No hago ningún comentario delante del paciente	18	10	56%	8	40%



Gráfica 152

V.6.2.5 “¿Qué opinión le merece el que algunos dermatólogos realicen y supervisen tratamientos estéticos?”

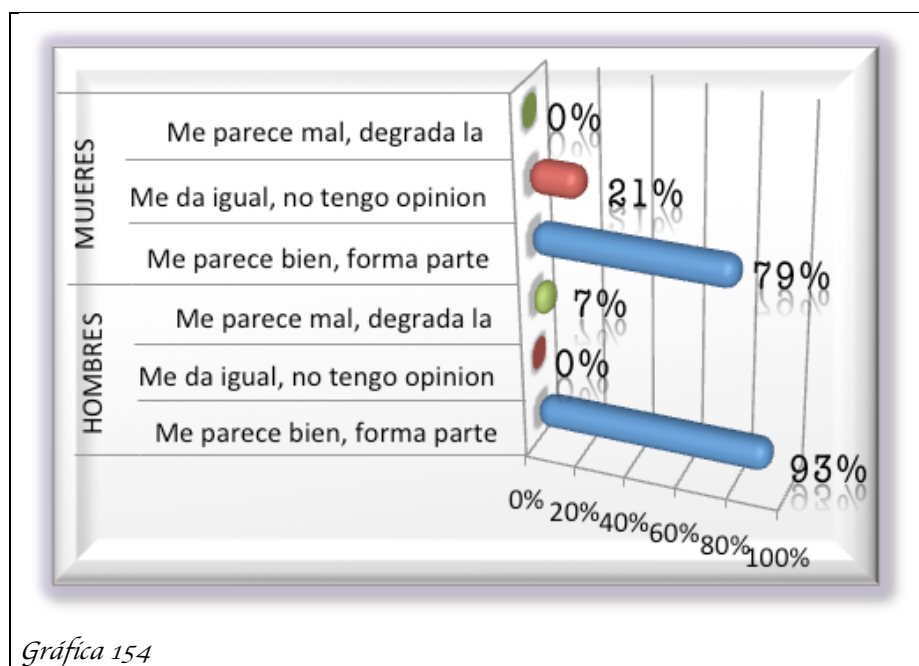
Tabla 151.	Respuestas	Porcentajes
Me parece bien, forma parte del ejercicio	32	84%
Me da igual, no tengo opinión	5	13%
Me parece mal, degrada la profesión	1	3%



Parece que una amplia mayoría de los dermatólogos (84%) aprueban la realización y supervisión de la realización por parte de sus compañeros de tratamientos estéticos.

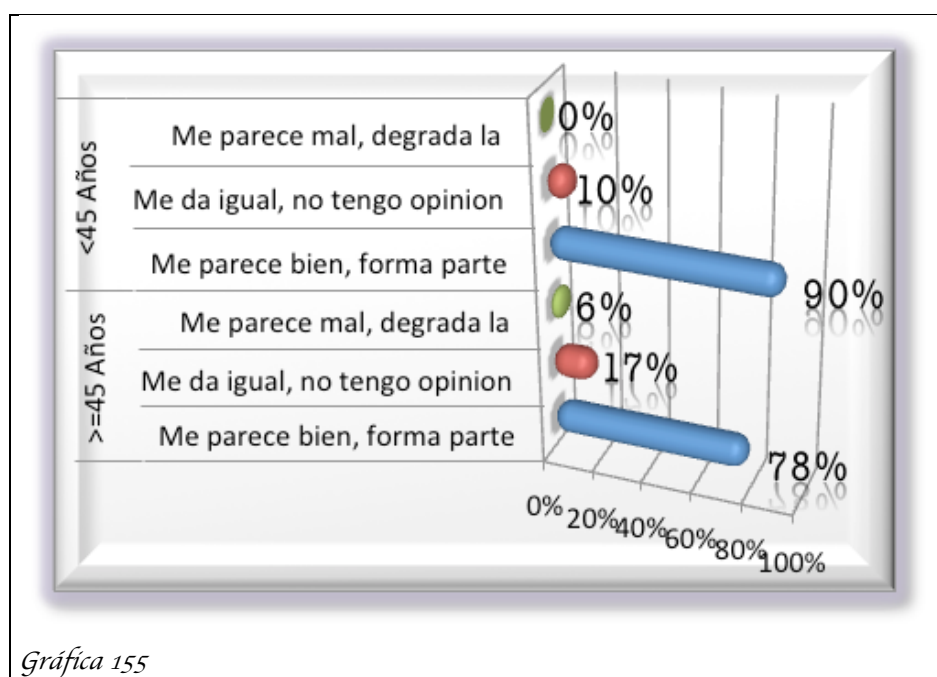
Es curioso como a los hombres les parece bien esta actividad dermatológica en un mayor porcentaje que a las mujeres, un 93% frente a un 79%.

Tabla 152.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Me parece bien, forma parte del ejercicio	32	13	93%	19	79%
Me da igual, no tengo opinión	5	0	0%	5	21%
Me parece mal, degrada la profesión	1	1	7%	0	0%



Ocurre algo similar con los menores de 45 años que tienen un mayor porcentaje de aceptación en que forma parte del ejercicio profesional frente a los mas veteranos, un 90% frente a un 78%.

Tabla 153.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Me parece bien, forma parte del ejercicio	32	14	78%	18	90%
Me da igual, no tengo opinión	5	3	17%	2	10%
Me parece mal, degrada la profesión	1	1	6%	0	0%



Gráfica 155

V.6.2.6 “¿Y que se ofrezcan productos cosméticos en las consultas y clínicas dermatológicas?”

Tabla 154.	Respuestas	Porcentajes
Me parece bien, forma parte del ejercicio	18	47%
Me da igual, no tengo opinión	11	29%
Me parece mal, degrada la profesión	9	24%

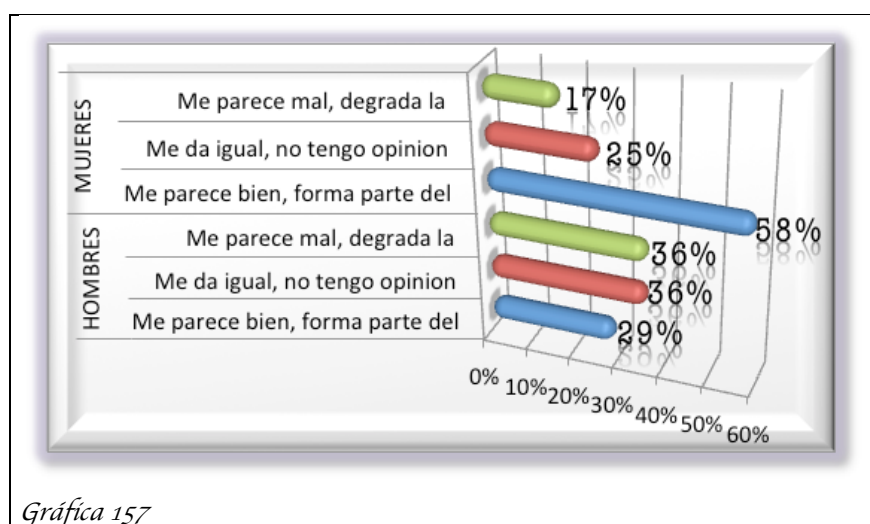


En cuanto a la oferta de productos de cosmética en la consulta no existe tanto consenso como con la pregunta anterior, siendo únicamente del 47% el porcentaje de dermatólogos a los que les parece bien y les parece parte del ejercicio de la dermatología. Un 24% confiesa que les parece que degrada la profesión.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

También se puede destacar que las mujeres en muy alto porcentaje (58%) creen que la venta de cosméticos en clínicas forma parte del ejercicio. A los hombres en un 36% les parece que esta actividad degrada la profesión.

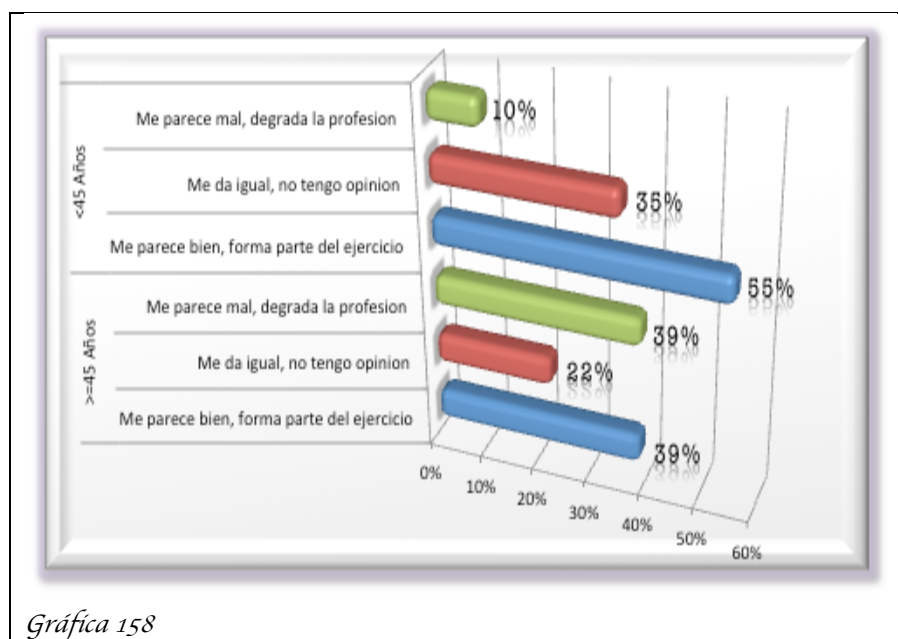
Tabla 155.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Me parece bien, forma parte del ejercicio	18	4	29%	14	58%
Me da igual, no tengo opinión	11	5	36%	6	25%
Me parece mal, degrada la profesión	9	5	36%	4	17%



Gráfica 157

Como era de esperar los mas jovenes tienen un mejor concepto de esta actividad realizada por dermatologos, un 55% frente a un 39% de los mas mayores.

Tabla 156.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Me parece bien, forma parte del ejercicio	18	7	39%	11	55%
Me da igual, no tengo opinión	11	4	22%	7	35%
Me parece mal, degrada la profesión	9	7	39%	2	10%



Gráfica 158

V.6.2.7 Discusión

Es difícil contestar a cuestiones que enfrentan la actitud de uno mismo frente a los compañeros de trabajo cuando de dilemas éticos se trata. Y es difícil, fundamentalmente, porque uno no puede por menos que colocar el espejo delante de sí mismo. Y entonces ya la cosa no es solamente lo que yo haría sino, por que negarlo, lo que me gustaría que otros hicieran.

Sin embargo, ante preguntas tan directas, nuestros compañeros no escurren el bulto. O casi. Ante el trato inadecuado del paciente o de mala praxis médica procuran arreglarlo de puertas adentro, sin embargo ante recompensas ilícitas (sentidas como ilícitas, no como presuntamente ilícitas) casi la mitad se ponen de perfil mientras que la otra mitad trata e lavar los trapos sucios en casa. ¿Corporativismo? Indudablemente que sí.

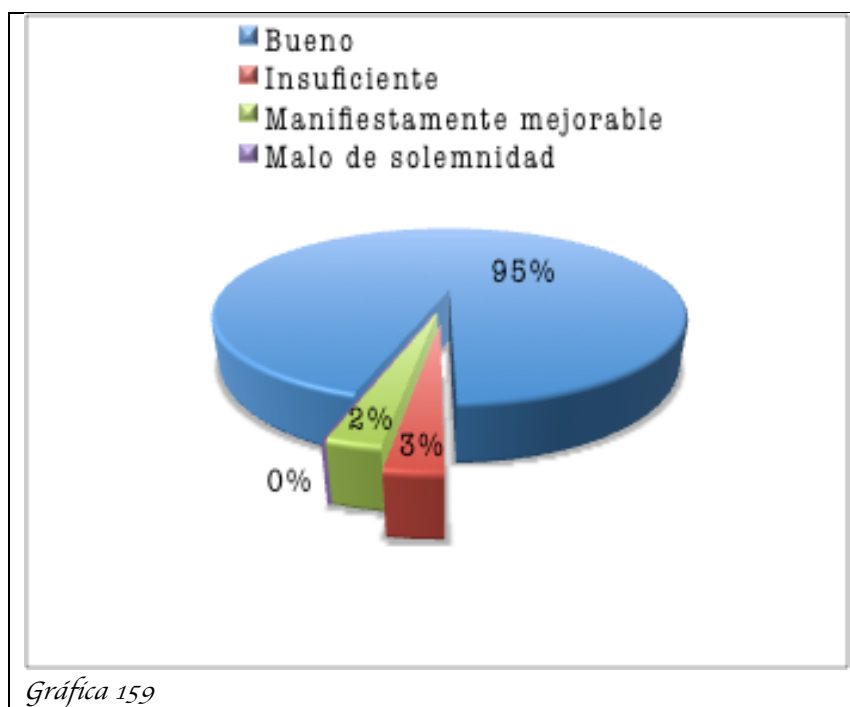
Y lo mismo ocurre ante la constatación de diagnóstico o terapias erróneas, caso en el que menos de la tercera parte va a poner las cortas boca arriba al paciente. Volvemos al principio ¿Se está mirando uno en el espejo?.

Ha habido un cambio de mentalidad importante en los dermatólogos. No hace ni veinte años la práctica de la medicina estética por los dermatólogos estaba muy mal vista. Se consideraba un desprestigio para la corporación profesional. En esto también han cambiado las cosas, salvo para varón con más de 15 años de ejercicio dermatológico. Y en cuanto al ofrecimiento de productos cosméticos, parecido.

V.6.3 En la relación con la institución en que desempeña su trabajo

V.6.3.1 “¿Cómo considera el formulario de C.I. que utiliza en el centro en el que desarrolla su actividad profesional?”

Tabla 157.	Respuestas	Porcentajes
Bueno	36	95%
Insuficiente	1	3%
Manifiestamente mejorable	1	3%
Malo de solemnidad	0	0%

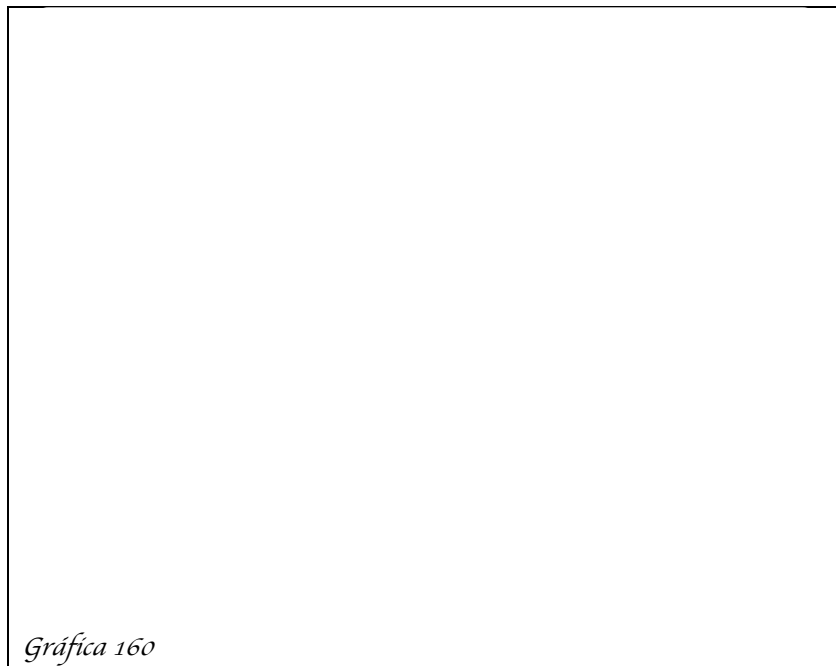


El 95% de los encuestados considera que tiene un buen consentimiento informado en su centro. Esta unanimidad nos lleva a no realizar la diferenciación de las respuestas dadas entre sexos y edades.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

V.6.3.2. “Ante la presión para el ahorro, en todos los órdenes, que está ejerciendo la administración ¿Cómo actúa?”

Tabla 158.	Respuestas	Porcentajes
No hago caso	6	16%
Procuro conjugar beneficio, efectividad y ahorro	30	79%
Sigo las directrices que se marcan	2	5%

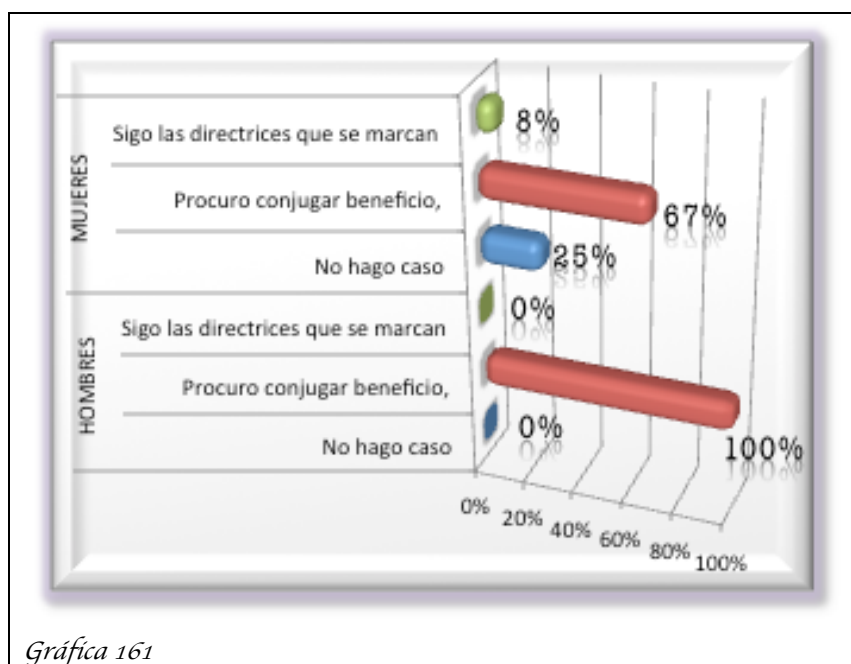


El 79% de los encuestados actúan de forma que intentan seguir las indicaciones de instancias superiores pero intentan conjugar también con el ahorro la efectividad y el beneficio para el paciente. Destaca que un 16% de los dermatólogos no hace caso a las indicaciones de ahorro frente a un 5% que sigue las directrices marcadas desde la administración.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar . Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Es de destacar la unanimidad total del 100% en el caso del sexo masculino de procurar conjugar el beneficio al paciente con el ahorro. Las mujeres sin embargo, en un 25% de los casos prefieren no hacer caso a las ordenes desde la administración.

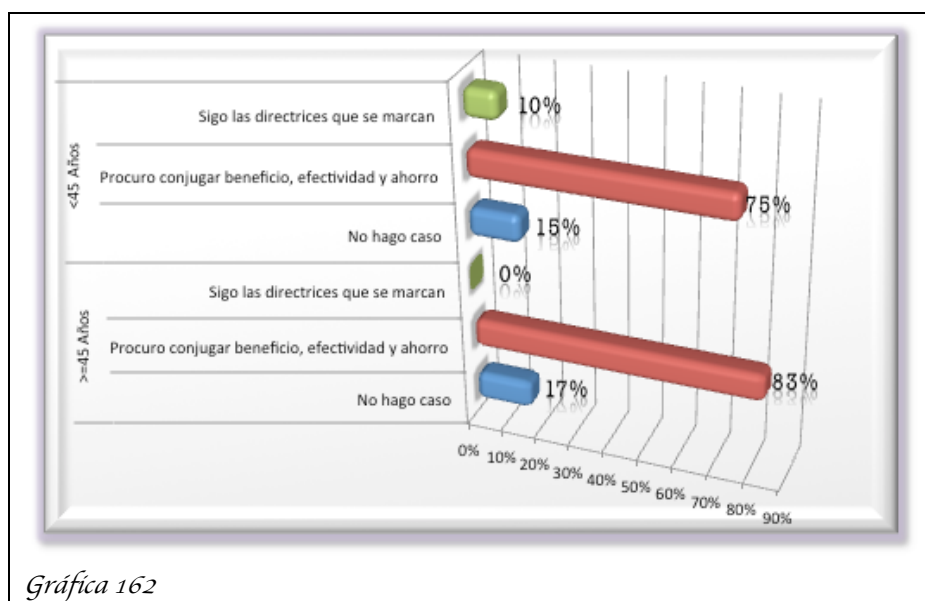
Tabla 159.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
No hago caso	6	0	0%	6	25%
Procuro conjugar beneficio, efectividad y ahorro	30	14	100%	16	67%
Sigo las directrices que se marcan	2	0	0%	2	8%



Gráfica 161

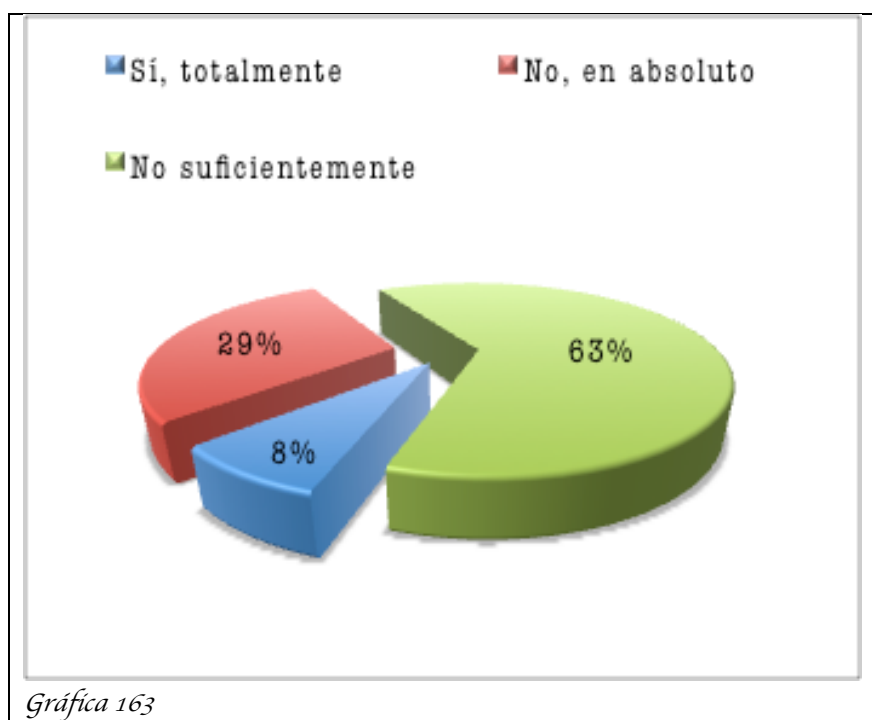
No es de destacar ninguna diferenciación importante entre rangos diferentes de edad.

Tabla 160.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
No hago caso	6	3	17%	3	15%
Procuro conjugar beneficio, efectividad y ahorro	30	15	83%	15	75%
Sigo las directrices que se marcan	2	0	0%	2	10%



V.6.3.3 “¿Se siente valorado profesionalmente por el sistema público?”

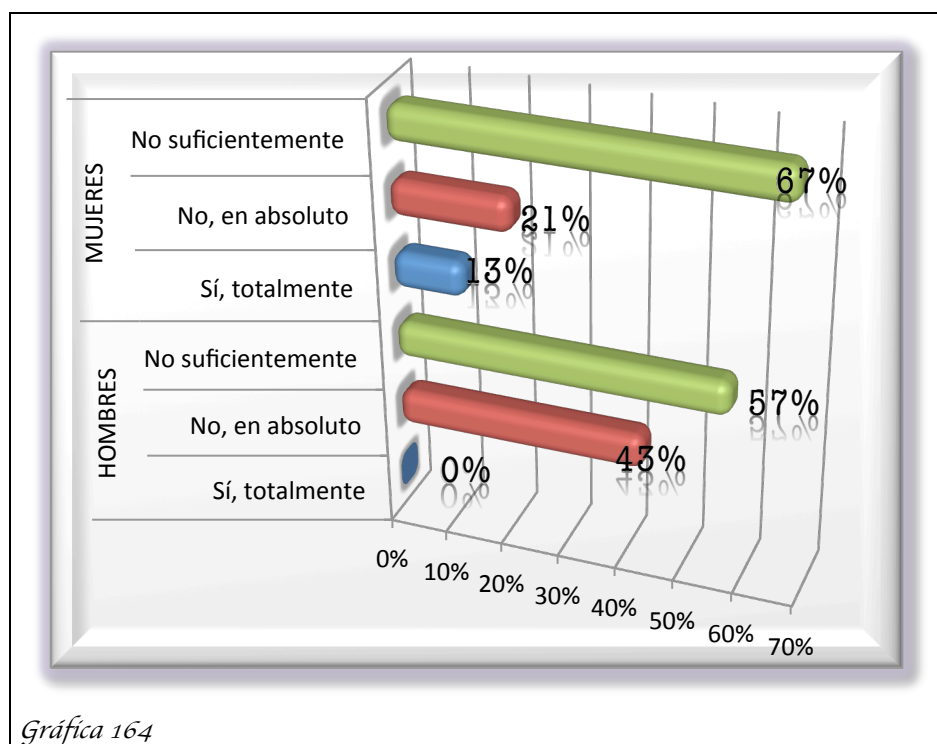
Tabla 161.	Respuestas	Porcentajes
Sí, totalmente	3	8%
No, en absoluto	11	29%
No suficientemente	24	63%



Las respuestas obtenidas no dan a entender un “no” absoluto en cuanto a si se sienten los facultativos valorados, pero si sumamos el porcentaje de respuestas negativas obtenemos un 92%. Esto significa que la gran mayoría de los facultativos no se sienten valorados por el sistema público.

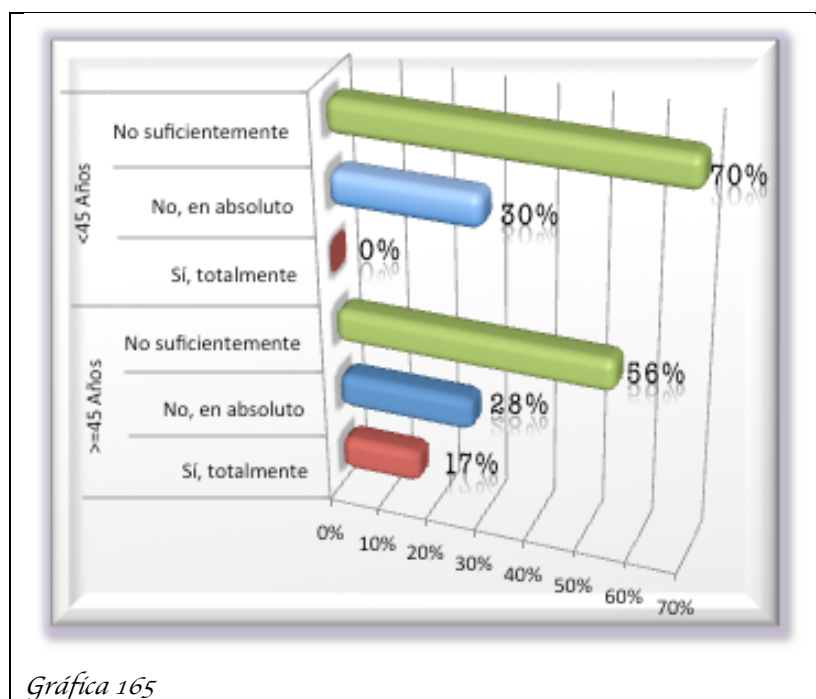
Haciendo una lectura rápida de la diferenciación entre sexos vemos que las únicas que han dado alguna respuesta positiva son las mujeres (13%).

Tabla 162.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Sí, totalmente	3	0	0%	3	13%
No, en absoluto	11	6	43%	5	21%
No suficientemente	24	8	57%	16	67%



Haciendo una lectura rápida de la diferenciación entre sexos vemos que las únicas que han dado alguna respuesta positiva son las mujeres (13%).

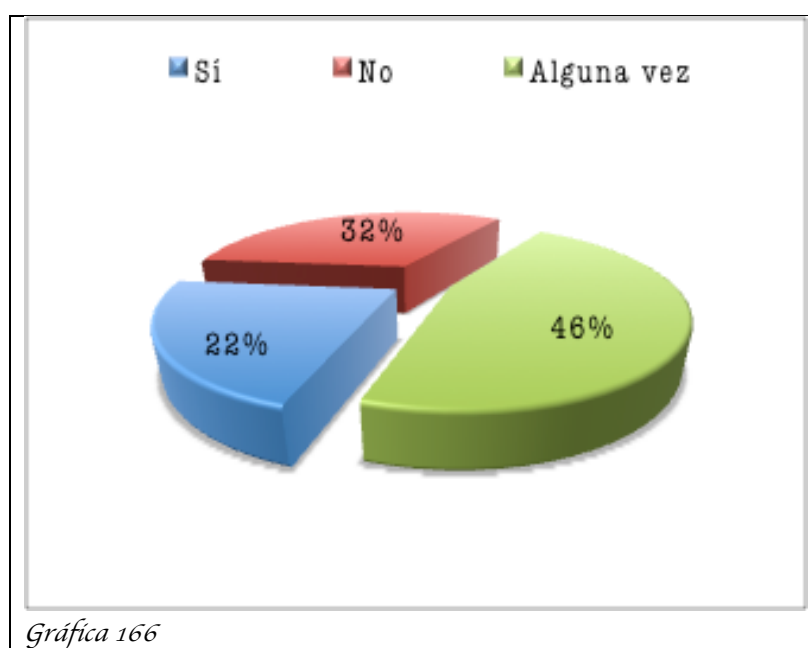
Tabla 163.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Sí, totalmente	3	3	17%	3	15%
No, en absoluto	11	15	83%	15	75%
No suficientemente	24	0	0%	2	10%



Gráfica 165

V.6.3.4 “Dada la situación en la medicina pública ¿Se ha planteado abandonarla y ejercer la medicina privada exclusivamente?”

Tabla 164.	Respuestas	Porcentajes
Sí	8	22%
No	12	32%
Alguna vez	17	46%



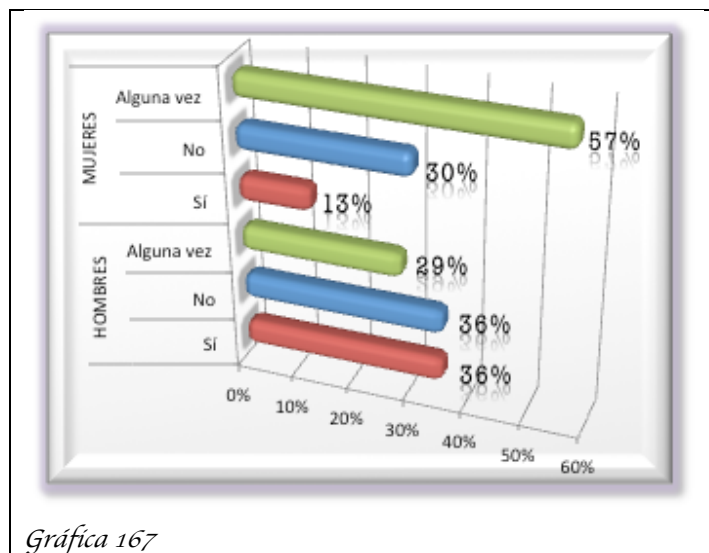
Haciendo una comparativa entre las respuestas dadas en la pregunta anterior con las dadas en esta pregunta, vemos que pese a no sentirse valorados en un 92% de los casos, solo un 22% se ha planteado realmente abandonar la medicina pública.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,004), que se pueden generalizar al resto de población.

Una vez realizados los contrastes de independencia correspondientes, vemos que existe una relación de dependencia entre la respuesta dada a esta pregunta y el puesto de trabajo del encuestado. (anexo 2).

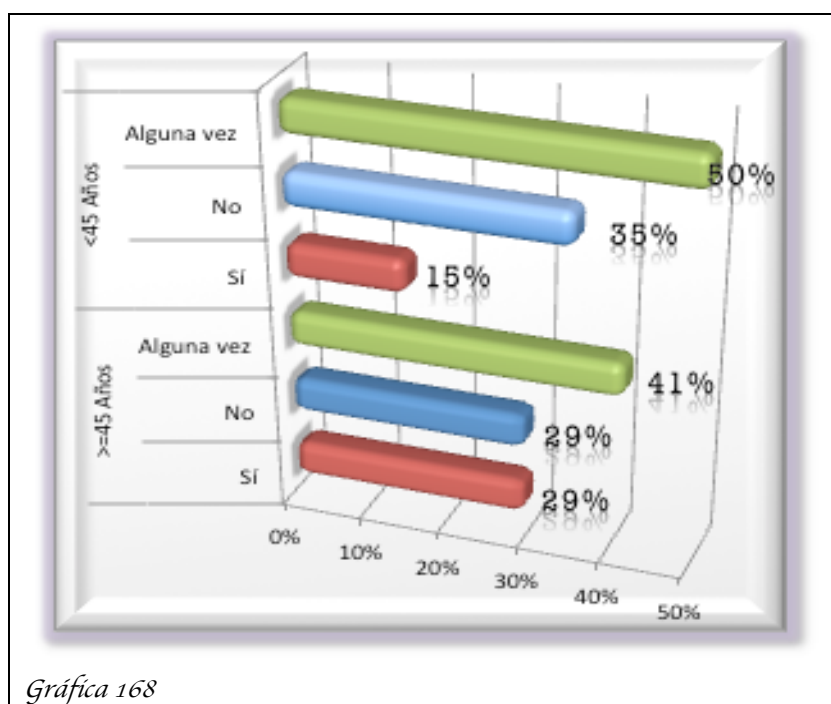
Los varones se han planteado en mayor porcentaje que las mujeres, un 36% frente a un 13%, el abandonar la medicina pública y ejercer en al privada.

Tabla 165.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Sí	8	5	36%	3	13%
No	12	5	36%	7	30%
Alguna vez	17	4	29%	13	57%



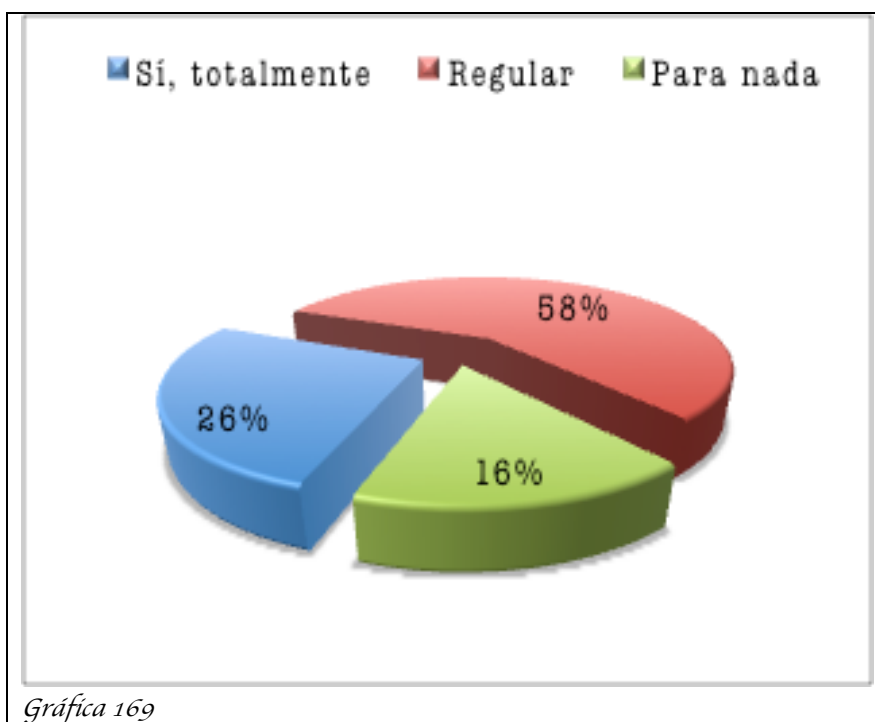
También los mayores de 45 años, probablemente debido a su mayor tiempo sufriendo el sistema público, se han planteado en mayor porcentaje (29% frente a un 15%) abandonar la practica de la medicina pública.

Tabla 166.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Sí	8	5	29%	3	15%
No	12	5	29%	7	35%
Alguna vez	17	7	41%	10	50%



V.6.3.5 “Ante un eventual conflicto con sus pacientes ¿Se siente protegido por la institución en la que trabaja?”

Tabla 167.	Respuestas	Porcentajes
Sí, totalmente	10	26%
Regular	22	58%
Para nada	6	16%

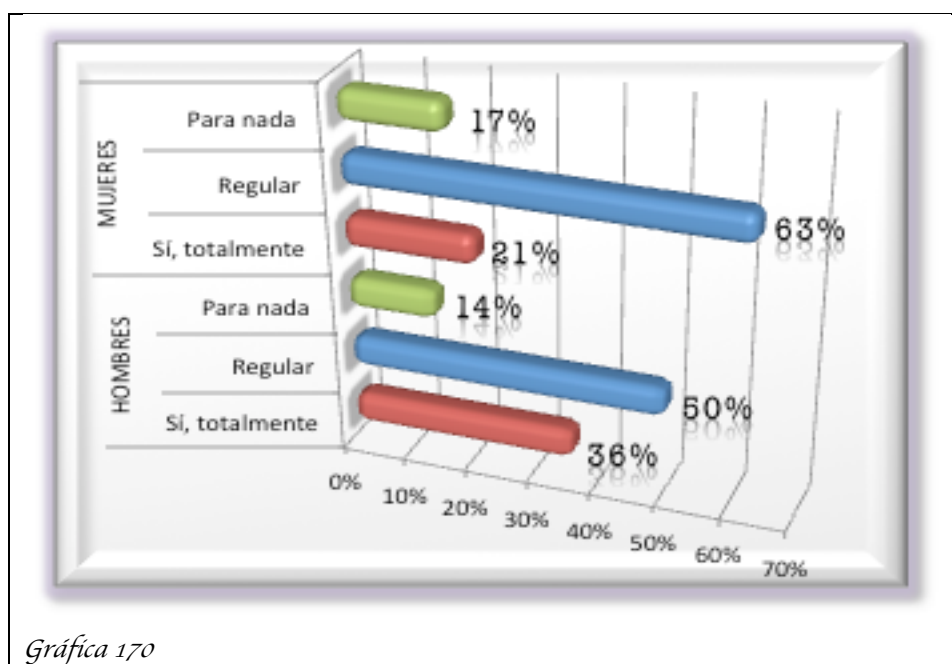


Podemos decir, según las respuestas obtenidas, que en general los médicos se sienten regularmente protegidos frente a los conflictos con los pacientes. Solo un 16% se sienten desprotegidos.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

Los hombres en mayor cantidad que las mujeres se sienten totalmente protegidos (36% frente a 21%).

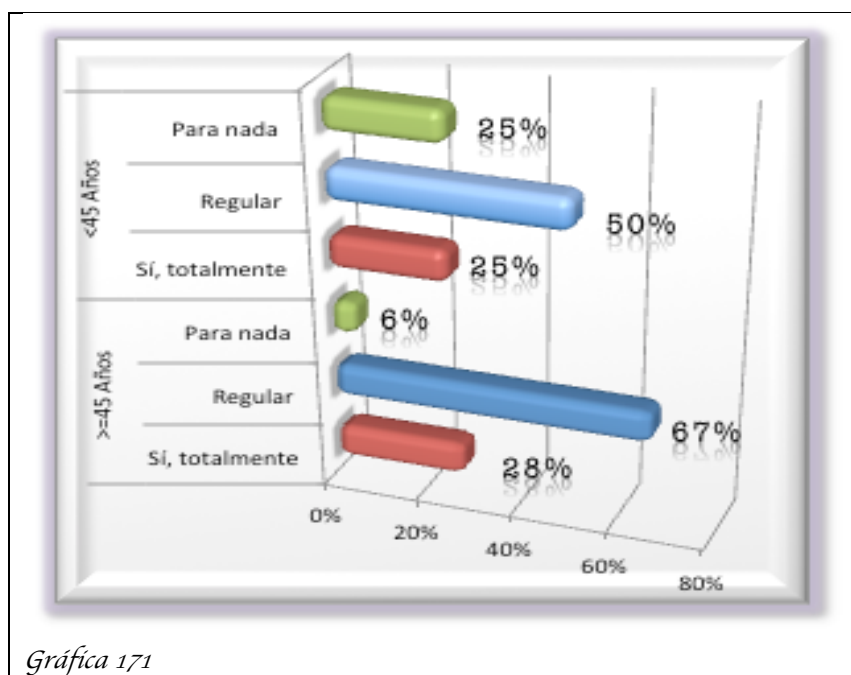
Tabla 168.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Sí, totalmente	10	5	36%	5	21%
Regular	22	7	50%	15	63%
Para nada	6	2	14%	4	17%



Gráfica 170

Los menores de 45 años se sienten menos protegidos que los mayores (un 25% frente a un 6%).

Tabla 169.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Sí, totalmente	10	5	28%	5	25%
Regular	22	12	67%	10	50%
Para nada	6	1	6%	5	25%



V.6.3.6 Discusión

En relación con la institución en que desempeña su trabajo, la mayoría considera bueno el formulario de que disponen para el consentimiento informado. Su comportamiento ante la presión para el ahorro del dermatólogo de Castilla la Mancha es conjugar beneficio, efectividad y ahorro. Ante la actual situación de la medicina pública la mitad de los dermatólogos de Castilla La Mancha se han planteado alguna vez abandonarla y ejercer únicamente medicina privada y similar número se sienten regular protegidos por la institución donde trabaja ante un conflicto con sus pacientes.

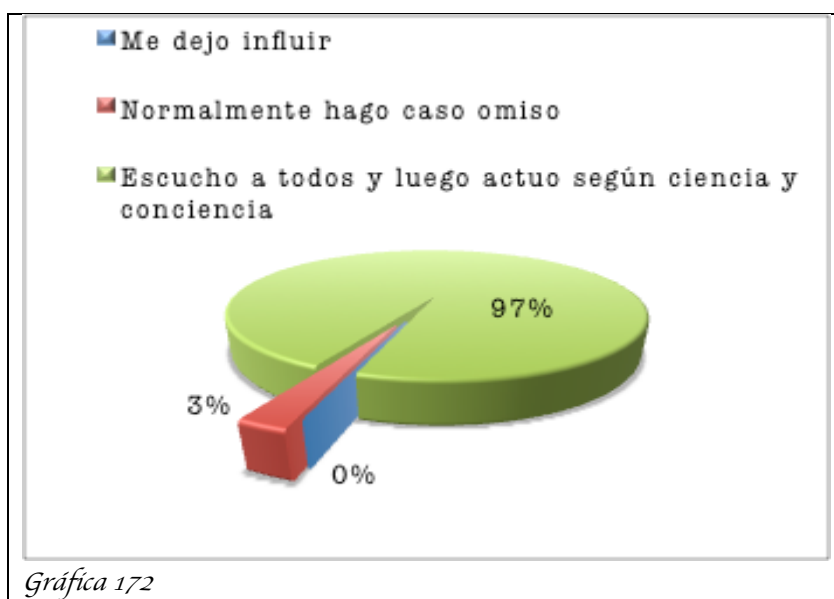
Salvo la primera pregunta, de contundente respuesta, que no precisa discusión alguna enfocamos este bloque fundamentalmente a los compañeros ejercientes en la medicina pública (la mayoría lo son). Viene a completar lo que ya hemos visto, al respecto, anteriormente. Y la realidad es preocupante: Que casi todos se sientan infravalorados; que más de las tres cuartas partes se planteen o se hayan planteado abandonarla y que una proporción similar se sienta desprotegido ante un eventual conflicto es, como decíamos más arriba, al menos preocupante.

Sin embargo vuelven a darnos una encomiable lección de estructura ética en la actuación clínica a pesar de la presión, casi nunca ética, de la administración, para el ahorro a toda costa. Beneficencia en el estado más puro: La excelencia profesional.

V.6.4 En la relación con la Industria Farmacéutica y Otras.

V.6.4.1 “Ante la presión ejercida por la Industria Farmacéutica de cara a orientar sus prescripciones ¿Cómo actúa?”

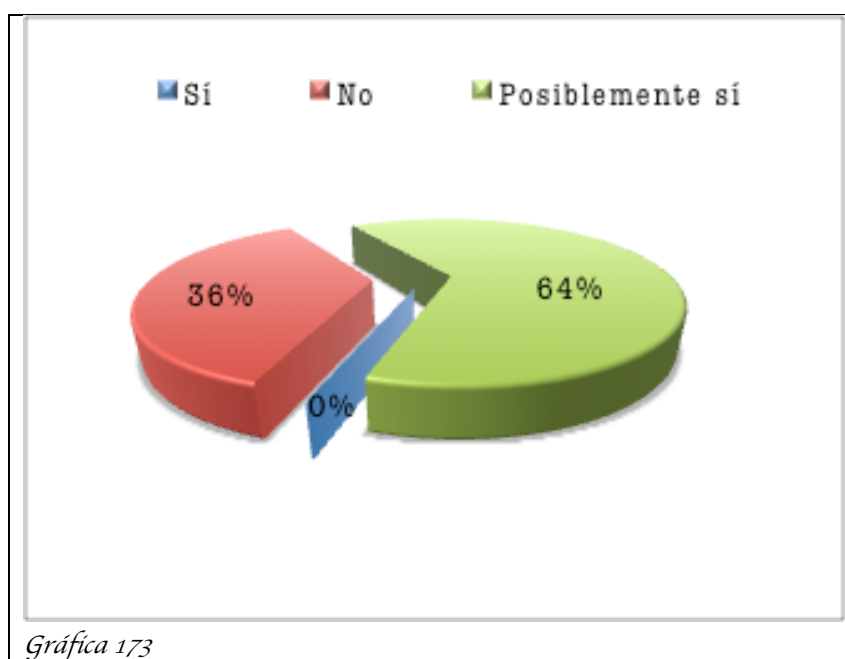
Tabla 170.	Respuestas	Porcentajes
Me dejo influir	0	0%
Normalmente hago caso omiso	1	3%
Escucho a todos y luego actúo según ciencia y conciencia	36	97%



No parece que los dermatólogos se sientan influenciados por los laboratorios según comprobamos en las respuestas obtenidas. El 97% de ellos actúan según ciencia y conciencia. Debido a esta unanimidad no es necesario analizar las diferenciaciones entre sexos y edades.

V.6.4.2 “El hecho de que la I. F. contribuya a su formación continuada facilitándole información científica y la asistencia a eventos profesionales ¿Influye en su hábito prescriptor?”

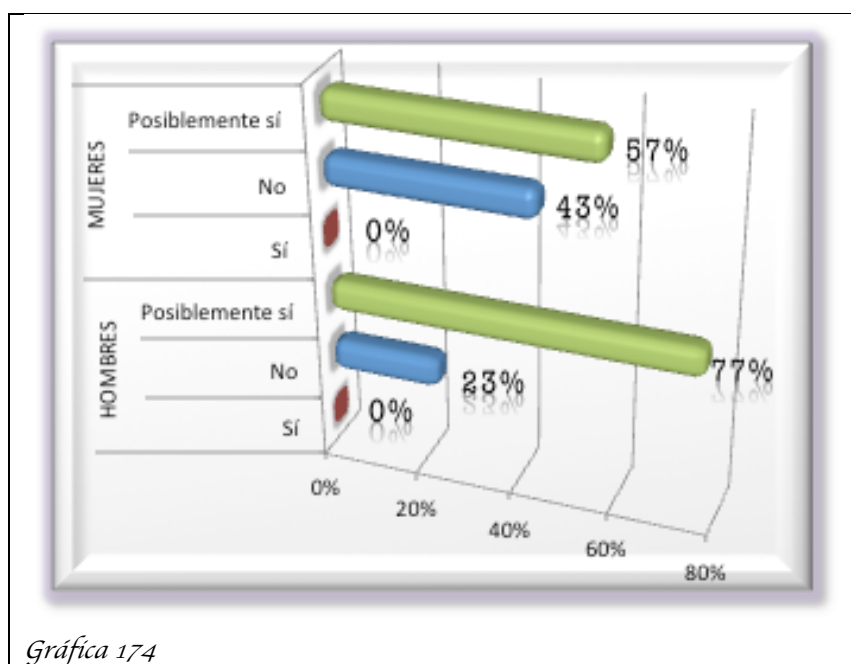
Tabla 171.	Respuestas	Porcentajes
Sí	0	0%
No	13	36%
Posiblemente sí	23	64%



Puede transmitirse una cierta incoherencia en las respuestas dadas a esta pregunta si las comparamos con las dadas a la pregunta anterior. Si según se contestó en la anterior pregunta el 97% dice que actúa según ciencia y conciencia es raro que en esta pregunta el 64% diga que posiblemente se sientan influenciados por la I.F.

Es mayor el porcentaje de hombres que sienten que posiblemente la I.F les inflencie frente a las mujeres. Un 77% frente a un 57%.

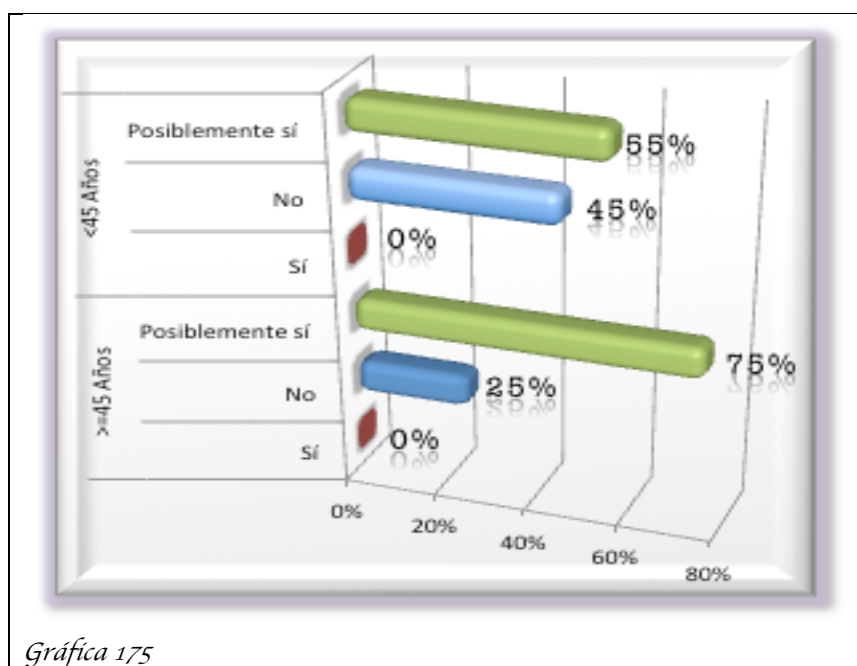
Tabla 172.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Sí	0	0	0%	0	0%
No	13	3	23%	10	43%
Posiblemente sí	23	10	77%	13	57%



Gráfica 174

Ninguno reconoce verse determinado en este aspecto, pero los menores de 45 años son menos susceptibles de verse influenciados que los mayores de esta edad.

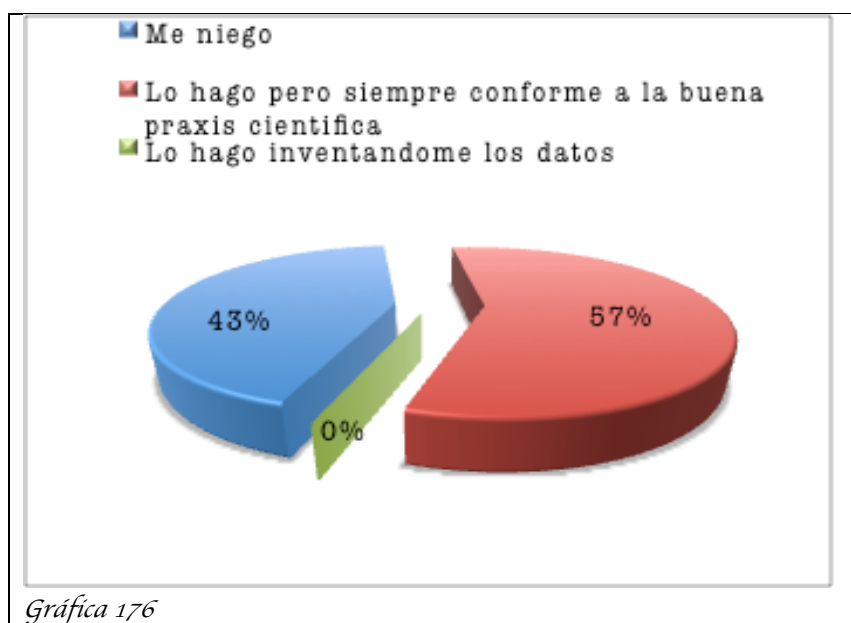
Tabla 173.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
Sí	0	0	0%	0	0%
No	13	4	25%	9	45%
Posiblemente sí	23	12	75%	11	55%



Gráfica 175

V.6.4.3 “Cuando un representante de la I. F. le ofrece una remuneración por incluir pacientes en un determinado tratamiento, sin que ese protocolo haya sido sometido a autorización por el correspondiente comité ¿Cómo actúa?”

Tabla 174.	Respuestas	Porcentajes
Me niego	16	43%
Lo hago pero siempre conforme a la buena praxis científica	21	57%
Lo hago inventándome los datos	0	0%

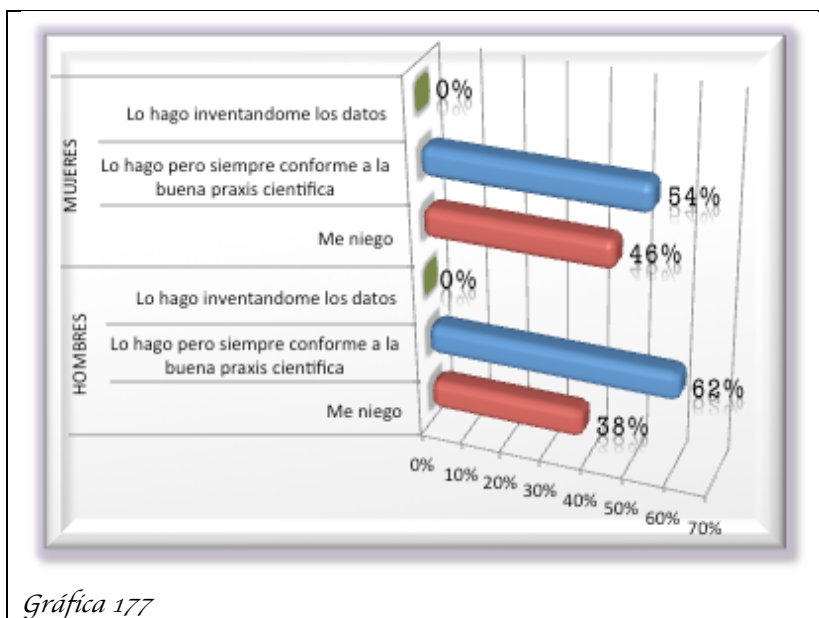


Pese a ser un ensayo con un tratamiento no aprobado por el consiguiente comité el 57% de los dermatólogos lo haría pero siempre conforme a la buena praxis científica. El resto de dermatólogos en minoría se negarían a incluir pacientes en esos ensayos.

Al realizar el contraste de hipótesis, se descarta la hipótesis nula que dice que los resultados se deben al azar. Obtenemos unos resultados estadísticamente significativos en un 95%, (p-valor 0,000), que se pueden generalizar al resto de población.

No se diferencian sustancialmente las respuestas dadas entre hombres y mujeres.

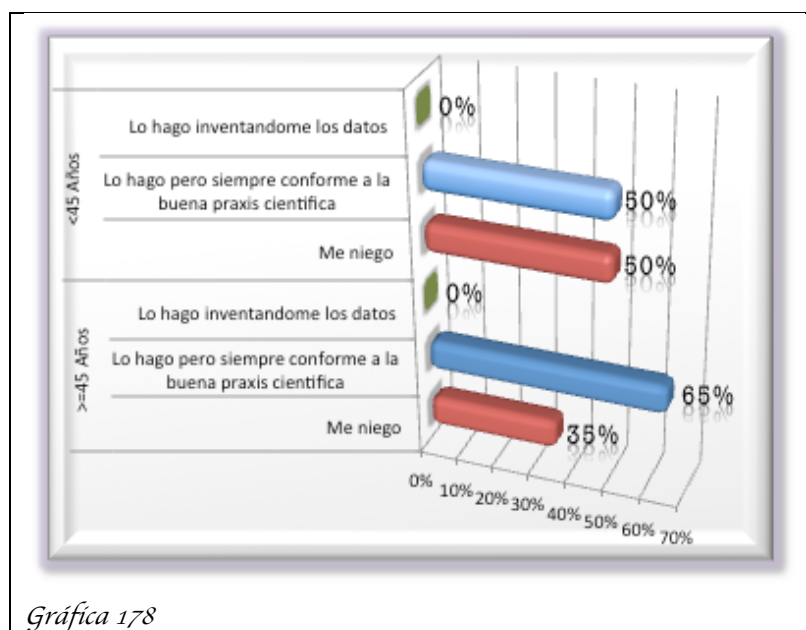
Tabla 175.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
Me niego	16	5	38%	11	46%
Lo hago pero siempre conforme a la buena praxis científica	21	8	62%	13	54%
Lo hago inventándome los datos	0	0	0%	0	0%



Gráfica 177

En la diferenciación por edades donde los menores de 45 años están igualados los que decidirían hacerlo frente a los que se negarían.

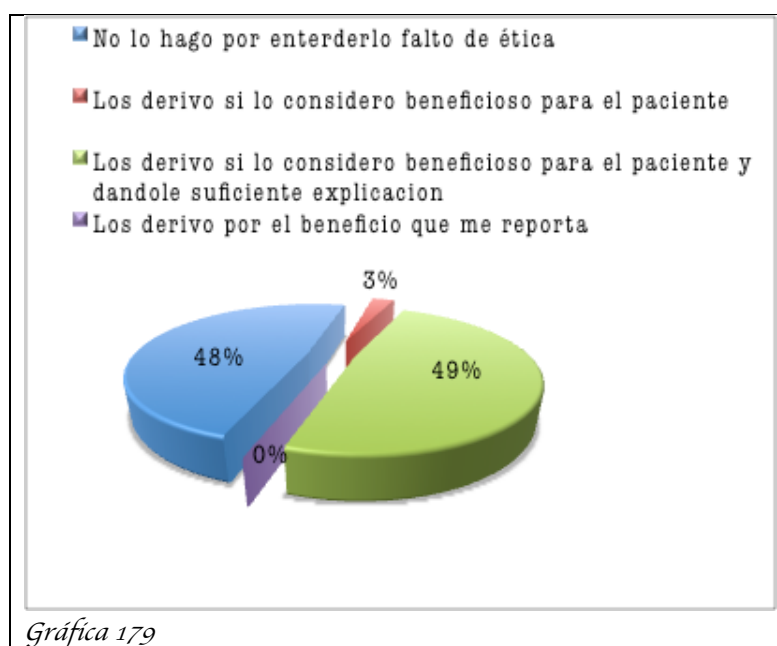
Tabla 176.	Respuestas	≥ 45 Años	% ≥ 45 Años	< 45 Años	% < 45 Años
Me niego	16	6	35%	10	50%
Lo hago pero siempre conforme a la buena praxis científica	21	11	65%	10	50%
Lo hago inventándome los datos	0	0	0%	0	0%



Gráfica 178

V.6.4.4 “Ante el conflicto ético que puede suponer la prima económica reportada por derivación de pacientes a entidades privadas para tratamientos específicos ¿Cómo actúa?”

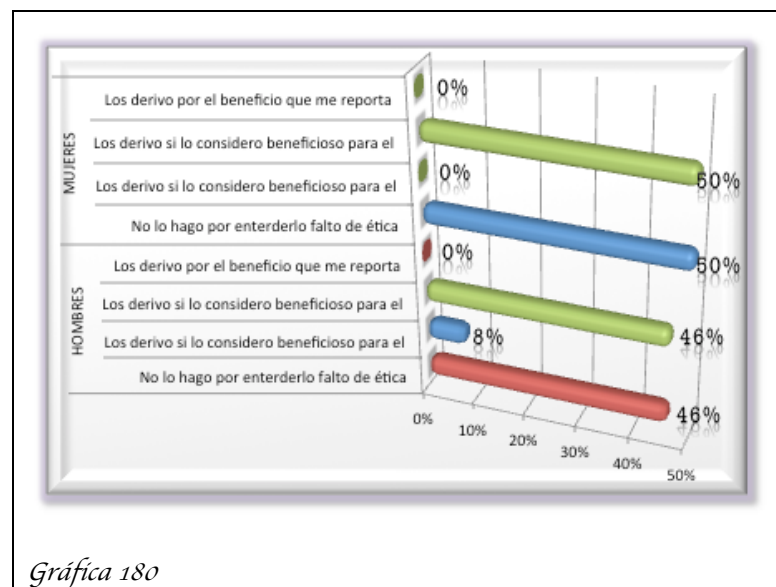
Tabla 177.	Respuestas	Porcentajes
No lo hago por entenderlo falto de ética	18	49%
Los derivó si lo considero beneficioso para el paciente	1	3%
Los derivó si lo considero beneficioso para el paciente y dándole suficiente explicación	18	49%
Los derivó por el beneficio que me reporta	0	0%



Se produce un empate entre los facultativos que no lo harían por entenderlo falto de ética y los que derivarían al paciente por considerarlo beneficioso para el mismo.

Este mismo empate se produce en la variable de sexo.

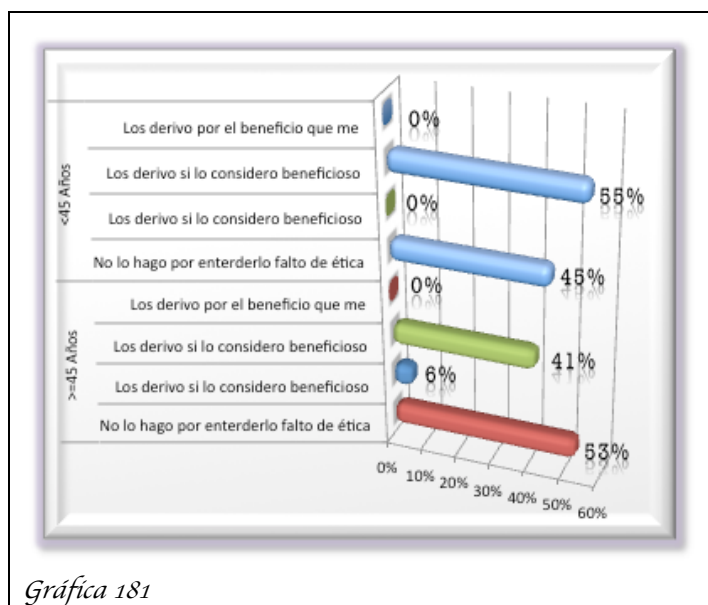
Tabla 178.	Respuestas	Hombres	% Hombres	Mujeres	% Mujeres
No lo hago por entenderlo falto de ética	18	6	46%	12	50%
Los derivó si lo considero beneficioso para el paciente	1	1	8%	0	0%
Los derivó si lo considero beneficioso para el paciente y dándole suficiente explicación	18	6	46%	12	50%
Los derivó por el beneficio que me reporta	0	0	0%	0	0%



Gráfica 180

No es muy abultada la diferencia pero los mayores de 45 años no lo harían por falta de ética con un 53% frente a los menores de 45 años que los derivaría considerándolo bueno para el paciente y explicándoselo (55%).

Tabla 179.	Respuestas	>=45 Años	% >=45 Años	<45 Años	% <45 Años
No lo hago por entenderlo falta de ética	18	9	53%	9	45%
Los derivó si lo considero beneficioso para el paciente	1	1	6%	0	0%
Los derivó si lo considero beneficioso para el paciente y dándole suficiente explicación	18	7	41%	11	55%
Los derivó por el beneficio que me reporta	0	0	0%	0	0%



Gráfica 181

V.6.4.5 Discusión

Firmeza en las convicciones y cierta permeabilidad en la actuación. Esto es lo que define la respuesta a los dilemas éticos planteados. Con una línea, perfectamente definida, infranqueable. La línea que separa lo éticamente admisible de lo inadmisible.

Nos parece normal y desde luego, dentro de una ética profesional depurada el que halla una cierta respuesta al beneficio formador, máxime si tenemos en cuenta que el mismo preparado terapéutico se ofrece desde distintos laboratorios con diferente marca comercial.

VI. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES I

PRIMERA.- Con los objetivos ya referenciados hemos accedido a todos los Médicos Dermatólogos en ejercicio de Castilla-La Mancha. Del total de la población han respondido el 67%. Consideramos esta muestra estadísticamente significativa con una confianza del 95%. Lo mismo ocurre con las variables estudiadas.

SEGUNDA.- La tasa de formación durante la licenciatura puede considerarse aceptable, no ocurre lo mismo en el postgrado. Destacamos la necesidad de formación, manifestada casi unánimemente, justificada desde la convicción de que ésta puede ser fuente ahorradora de conflictos. Sin embargo, el conocimiento de la ética está escasamente por encima del 50% siendo aún menor el de las leyes. Consideramos esta tasa insuficiente. El desconocimiento del Código Deontológico es clamoroso. En la discusión correspondiente hemos aducido las razones que nosotros consideramos que lo explican.

TERCERA.- Las preocupaciones éticas expresadas nos permiten afirmar que la estructura ética es muy encomiable. Lo acreditan las respuestas ofrecidas al inquirir sobre los problemas que les afectan personalmente. La relación con el paciente basada en el respeto mutuo, la confianza y el compromiso, anteceden a la preocupación por la comunicación de las malas noticias y al respeto al consentimiento informado. En definitiva, preocupan los asuntos relacionados con los principios de Beneficencia y Autonomía, en total concordancia con el nuevo paradigma ético de nuestra profesión. En la misma línea, pero en este caso referido al principio de Justicia, manifiestan su inquietud con respecto a la relación con terceros.

CUARTA.- La disposición a la posesión de un buen armazón de conocimientos científicos, éticos y destreza profesional y la proyección e incremento de éste mediante el estudio y la formación continuada son claras. Como también lo es la indudable determinación a recabar ayudas que contribuyan a ello.

Desde la consciencia cierta de la asimetría médico-paciente, la dudosa capacidad de éste para la comprensión del proceso morboso y de su tratamiento y del escaso tiempo del que disponen para dedicárselo, demuestran una actitud ética en consonancia con el nuevo paradigma: la actitud a la hora del manejo de la información a proporcionar, del uso del consentimiento informado y la disposición ante la aplicación terapéutica, nos hablan de una firme determinación de respeto hacia los principios de Beneficencia, Justicia y Autonomía.

Es muy preocupante la actitud demostrada con respecto a la gestión política de la sanidad que hemos sufrido y estamos sufriendo. Si hay una palabra que puede definirlo es miedo: miedo al acomodamiento; miedo a la pérdida de calidad asistencial, miedo a la violación de la libertad de actuación clínica y de libre prescripción del profesional y miedo, en fin, a que, además, todo esto no sirva para nada. Repetimos: cuando menos, preocupante. Es clara la posición con relación a los compañeros: somos parte de una hermandad profesional y ésta debe ser mantenida. También lo es la actitud con respecto a posibles sobornos, más o menos encubiertos, y distinta a la contribución en la formación continuada del médico. Actitudes, ambas, loables.

QUINTA.- La forma de resolver los problemas surgidos en la relación con el paciente sigue apuntando en la dirección del nuevo paradigma. Apoyamos esta afirmación en la respuesta ante actitudes y barreras de toda índole, la información proporcionada y sus formas y el respeto a la autonomía del paciente, incluida la voluntad de no saber.

Lo mismo ocurre con los que surgen en la relación con los compañeros. La respuesta ante la mala praxis ética o técnica o ante el error, no pierde de vista lo que más arriba afirmábamos: formamos parte de una hermandad profesional que debe velar, individual y colectivamente, por la dignidad y el prestigio de ésta. Y eso no significa traicionar los

principios de justicia, equidad, libertad y buena práctica, sino todo lo contrario. Además de eso hay que adaptarse, como secularmente lo ha hecho esta profesión, a los tiempos que corren.

El dermatólogo castellano-manchego se siente infravalorado profesionalmente y desprotegido ante un eventual conflicto, sin embargo tira de sentido de la responsabilidad médica y, desde el más alto sentido de la beneficencia, protege los intereses sanitarios de su paciente.

En la respuesta a la última tanda de los problemas que pueden surgir en la relación con terceros expresan una firmeza ética indudable que se conjuga con un cierto sentido práctico de las cosas y que viene a concordar con la actitud ante el reto de la formación continuada y la necesidad de que sea financiada desde otras instancias, dado que el empleador no asume, como debiera, ese deber, deontológica y legalmente establecido.

SEXTA.- Concluimos afirmando que hemos cubierto los objetivos propuestos y que, a tenor de los resultados de este estudio, los Médicos Especialistas en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología con ejercicio profesional en Castilla-La Mancha se han adaptado al nuevo paradigma ético de la profesión médica de una manera digna de elogio, que desde el respeto a las claves fundamentales de la moderna Ética Médica, a las normas deontológicas y al ordenamiento jurídico vigente, están en condiciones de ejercer su profesión, desde el punto de vista ético, con la dignidad que ésta merece.

VII. ANEXOS

Ética en dermatología



Sixto López Martín
 Director médico.
 Capio Hospital de Día
 de Talavera de la Reina.
 Toledo

Durante más de 3500 años, nuestra profesión ha fundamentado sus postulados éticos en el paternalismo, es lo que conocemos como el paradigma ético clásico. El sustrato eran las teorías éticas que consideramos como principales (ética de la virtud, consecuencialismo y utilitarismo). Será en 1979 cuando Beauchamp y Childress, recogiendo lo que ya era una corriente imparable de contestación a lo establecido, publiquen su libro *Principios de Ética Biomédica*, máximo exponente de lo que conocemos como ética de los principios que, combinando las teorías consecuencialistas y utilitaristas, aplica unos principios asumibles por la mayoría de los individuos de una sociedad pluralista. Justificará esta nueva teoría el cambio de paradigma, al ser tomados los principios que enuncia (no maleficencia, beneficencia, justicia y autonomía) como base para la toma de decisiones en la práctica clínica diaria y para el análisis de la eticidad de los actos médicos. Pero, como decimos más arriba, el cambio había empezado antes.

En España, a partir de la década de los cincuenta, comienza a desarrollarse un sistema sanitario que puede considerarse entre los mejores del mundo. En este sistema, la dermatología se asienta, al igual que otras especialidades médicas consideradas hasta ese momento «menores», como una ciencia fundamental en la moderna medicina española. Por esas mis-

mas fechas, se producía, en países democráticos del mundo occidental, la crisis del paradigma ético clásico de la profesión médica, a la par que comenzaban a dibujarse los trazos de uno nuevo. La verdad es que los médicos, y sus organizaciones corporativas, tuvieron poco protagonismo en esa crisis y en las consecuencias que de ella se derivaron y fueron a remolque de los acontecimientos. Hubieron de ser los tribunales de justicia en los EE. UU. de América y los movimientos defensores de los derechos civiles los que pusieran en marcha una imparable dinámica que llevaría a que el paternalismo médico comenzara a declinar ante una nueva actitud ética cimentada en el respeto a la libertad del individuo, para poder elegir lo que quiere hacer con su cuerpo y su salud. Las atrocidades llevadas a cabo en los campos de concentración nazis, puestas de manifiesto en el juicio de Nuremberg, y la aparición de la bioética, entre otras cosas, desequilibrarán definitivamente el fiel de la balanza. Ya nada volverá a ser igual.

Como ya hemos relatado en otro lugar (*Ética y Deontología Médica*, Editorial Marban, Madrid, 2011), el sistema sanitario español que se desarrolla, en cantidad y calidad, desde la década de los sesenta y la corporación médica no supieron o no pudieron asumir el cambio de paradigma. Hemos de citar en su defensa los tímidos intentos que, desde la dirección del antiguo INSALUD y, en menor medi-

da, desde el propio Ministerio de Sanidad, se hicieron, tratando de respetar, dentro de la ortodoxia política imperante, la autonomía del paciente. Los dirigentes de la Organización Médica Colegial española también eran políticamente correctos, virtud que en nuestros días siguen practicando con auténtico deleite, y tampoco hicieron nada que supusiera romper con las líneas establecidas del paternalismo imperante. Esta actitud se refleja en la publicación, en 1943, de las *Bases para la redacción de un Código de Deontología Médica* y en la presencia y participación en los sucesivos estatutos de la profesión médica de 1945 y 1967. Cuando, en 1968, se deroga este último, se harán esfuerzos infructuosos para redactar un código.

Será en 1976 cuando, nacido el actual régimen político, se crea la Comisión Central de Deontología y Derecho Médico y comienzan a sentarse las bases de un nuevo horizonte ético en la medicina española. El 23 de abril de 1979, se sanciona el Código de Ética y Deontología Médica de la España democrática. El nuevo paradigma ético de la profesión médica comienza a sustanciarse de forma oficial. Cinco meses antes habíamos aprobado en referéndum la Constitución, que será la fuente del derecho de las sucesivas leyes nacionales y autonómicas que regularán esta nueva forma de afrontar el ejercicio profesional médico. El día 4 de abril de 1997, los países integrantes de la Unión Europea firman en la ciudad de Oviedo el Convenio Relativo a los Derechos Humanos y la Biomedicina, norma de carácter supranacional que viene a obligar a las naciones integrantes y a las que en el futuro se integren a adaptar su legislación en materia médica y de investigación a unas reglas fundamentadas en el respeto a la libertad individual consagradas en este convenio. En España, entrará en vigor el 1 de enero de 2000 y, a partir de esa fecha, se producirán los cambios legislativos necesarios, a nivel nacional y autonómico, para dar cumplimiento a lo contenido en este llamado Convenio de Oviedo. Con el código, se hará igual.

Y esta es, muy a vuela pluma, la evolución de los tres pilares que soportan y regulan el ejercicio de la profesión médica: la ética, la deontología y las leyes. Y decimos ejercicio de una profesión, no de un oficio. Probablemente, la más hermosa de cuantas existen. Pero ejercicio, no lo olvidemos, que es un compromiso público de servicio a la sociedad de la que formamos parte, ante la que gozamos, en el nuevo paradigma, no de una moralidad especial como ocurría en el clásico, sino que estamos acogidos a la moral común con unos rasgos diferenciadores, puesto que se nos han entregado los rudimentos científicos del conocimiento de las claves que rigen bienes primarios como son la vida, el sufrimiento humano y la muerte de los que son iguales a nosotros.

Y este cambio de paradigma ¿se ha sustanciado en el ejercicio actual de la dermatología? No lo sabemos. Como mucho, tenemos el palpito, pero lo que se dice saberlo, no lo sabemos.

¿Qué conocimientos en ética, deontología y leyes tienen los dermatólogos españoles? Hoy conviven, al menos, dos formaciones distintas en cuanto a estos aspectos se refiere: los antiguos, que no recibieron, en la formación reglada de la licenciatura, la asignatura de Ética y Deontología Médica, y los más modernos, cuyos planes de estudio, ya fuera como obligatoria u optativa, sí la integraban. Hay una asimetría en la formación, pues los primeros, si es que la tienen, se la han procurado por sí mismos, mientras que los segundos, en cambio, se supone que la recibieron en la facultad. ¿En qué fundamentación ética se mueve el dermatólogo? ¿Ética de la virtud, utilitarismo, consecuencialismo, ética de los principios u otra de las llamadas menores?

¿Qué inquietudes y preocupaciones éticas tiene el dermatólogo español? Tampoco lo sabemos. Consideramos que cuestiones tales como la formación técnica y ética, la formación continuada, los honorarios profesionales, etc. nos preocupan a todos. Pero, ¿es así?

Ya he definido en otro lugar los niveles de conflicto ético: un primer nivel en el que el médico

aporta la información pero no participa en la decisión; un segundo nivel en el que hace esto y, además, de forma directa o indirecta, participa en la decisión, y un tercer nivel en el que tiene que decidir sobre la marcha y, a veces, en solitario y de forma rápida. Este último es el más importante, entre otras cosas porque recoge la mayoría de los conflictos éticos que al dermatólogo se le plantean en el ejercicio diario. Es lo que llamo la **ética de los problemas** diarios. ¿Y cómo resuelve el dermatólogo los problemas éticos diarios que su actividad suscita? ¿Cómo resuelve la relación con el paciente del que le separa idioma, cultura y valores? ¿Qué hace el dermatólogo católico a la hora de indicar un tratamiento con ácido retinoico a una mujer fértil que debe ir acompañado de anticoncepción? ¿Y si el católico es la paciente? ¿Y el problema clínico calificado de estético si el sistema le prohíbe abordarlo? ¿Está seguro de que el no abordaje no va a causar un trastorno psíquico a su paciente? ¿Quién decide la elección de tratamientos alternativos, si los hubiere? ¿Y del consentimiento informado, qué? ¿Y la comunicación de diagnóstico y/o

pronóstico fatal? Y en otro orden de cosas: ¿cómo están afectando al ánimo del dermatólogo y, consecuentemente, a su ejercicio profesional las medidas que el sistema está tomando sobre horas, organización del trabajo y honorarios profesionales? ¿Considera el dermatólogo que estas medidas salvarán el sistema o, por el contrario, cree que lo único que hacen es alargar la agonía de este? ¿Cómo responde ante este reto ético? En fin, podríamos llenar las siguientes páginas de preguntas, cuyas respuestas solo las tiene el dermatólogo en ejercicio. No hay estudios en este sentido. Los hay parciales en otras áreas médicas, pero en dermatología clínica, no. Y es preciso saber si la dermatología española ha asumido o no el nuevo paradigma ético de la profesión. El nivel técnico y científico de nuestra dermatología es equiparable al de los países más avanzados, pero desconocemos si, habiendo cambiado la sociedad, las organizaciones médicas y las leyes, lo ha hecho el dermatólogo español, adaptando sus postulados éticos al nuevo paradigma.

ANEJO II

Documento descargado de <http://www.actasdermo.org> el 05/06/2015. Copia para uso personal, se prohíbe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Actas Dermosifiliogr. 2013;104(6):480-487



ACTAS Dermo-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



HISTORIA Y HUMANIDADES EN DERMATOLOGÍA

Dermatología y ética: el nuevo paradigma

S. López-Martín^a, C. Galera-Martin^b y A. Guerra-Tapia^{c,*}

^a *Clínica Capiro, Talavera de la Reina, Toledo, España*

^b *Servicio de Dermatología, Hospital Virgen de la Salud, Toledo, España*

^c *Servicio de Dermatología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Universidad Complutense, Madrid, España*

Recibido el 24 de abril de 2012; aceptado el 7 de julio de 2012

Disponible en Internet el 1 de septiembre de 2012

PALABRAS CLAVE

Ética;
Dermatología;
Paternalismo;
Libertad

KEYWORDS

Ethics;
Dermatology;
Paternalism;
Freedom

Resumen La ética de la profesión médica ha sufrido una evidente evolución histórica. Médicos, sacerdotes y gobernantes coincidían a menudo en la misma persona. Con la aparición de la medicina científica se discriminan las funciones pero siguen dominando una extraordinaria autoridad moral y un alto privilegio social. Desde estas premisas, se desarrollará la ética de la profesión médica sobre la base de una moralidad especial, que implica unos derechos y unos deberes especiales (paternalismo, secreto médico). Diferentes hechos históricos inciden en esta situación largamente mantenida llevando a una crisis de los paradigmas establecidos hacia mediados del siglo xx.

Desde hace unas décadas, la ética médica se apoya en la libertad para elegir qué quiere uno hacer con su cuerpo y su salud. La eutanasia, el aborto, la información de beneficios y perjuicios, las decisiones terapéuticas compartidas con el enfermo y/o con sus familiares, la diferente elección en la sanidad pública o privada, la guías terapéuticas, la ampliación del ejercicio más allá de la enfermedad, llegando a la prevención y a la búsqueda de la belleza mediante técnicas estéticas, junto al papel trascendente de los gestores en la asistencia médica (recursos), entre otras cuestiones, crean un nuevo modelo todavía mal definido.

Se hace necesaria una nueva ética plural que integre religiones, creencias y formas de vida diferentes, pero que a la vez sea racional, universal, sometida siempre a revisión, aspirante perpetua de la excelencia científico-técnica y moral. Esta ética debería además enseñarse en las facultades de Medicina, ya que debería ser mucho más que el fruto de unas buenas intenciones. © 2012 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

Ethics in Dermatology: Toward a New Paradigm

Abstract Medical ethics have evolved over time, and ethical responsibilities have often been shared by priests, the governing classes, and physicians. The emergence of scientific medicine led to the separation of functions, yet physicians have nonetheless continued to enjoy an extraordinary degree of moral authority and great social privilege. From this starting point, professional medical ethics developed as a specific moral system based on special rights and

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: auroraguerratapia@gmail.com (A. Guerra-Tapia).

0001-7310/\$ - see front matter © 2012 Elsevier España, S.L. y AEDV. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ad.2012.07.001>



duties (paternalism and medical confidentiality). Various historical events brought this longstanding situation to a point of crisis toward the middle of the 20th century, and for several decades since, medical ethics have been based on freedom of choice for the patient with regard to decisions about his or her own body and health. Recent developments have created a new, still poorly defined model that takes into consideration such matters as euthanasia, abortion, provision of information on the benefits and harm of treatments, the sharing of therapeutic decision-making with the patient and/or family members, the choice of public or private medical providers, therapeutic guidelines, and the extension of the scope of practice to include preventive measures and cosmetic procedures. What is needed now is a new ethical system for plural societies that harbor different religions, beliefs and lifestyles, but that is also rational, universal and subject to ongoing revision—a system always striving for scientific, technical and moral excellence. Such an ethical system would have to be taught in medical schools, as it would need to bear fruit beyond mere good intentions.

© 2012 Elsevier España, S.L. and AEDV. All rights reserved.

Introducción

Hablar de Dermatología y Ética en sus concepciones actuales no es fácil. La primera se consolidó como parte imprescindible de la moderna ciencia médica a partir de la segunda mitad del siglo xx. Justo en ese mismo periodo comenzó la crisis del paradigma clásico de la ética de la profesión médica fundamentado en el paternalismo y comenzó a dibujarse uno nuevo que se apoya en el respeto a la libertad para elegir qué quiere uno hacer con su cuerpo y su salud. Trataremos de dar razón de esta afirmación en las páginas siguientes. Pero de cómo afecta este nuevo paradigma a la Dermatología no sabemos mucho, pues no hay estudios en ese sentido. Terminaremos demostrando la necesidad de que se realicen.

El paradigma ético clásico de la profesión médica

Se acepta de forma general que es Hammurabi (1728-1686 a. C.) quien va a dictar, por primera vez en la historia de la humanidad, las primeras reglas de moral objetiva relacionadas con el acto de sanar, estableciendo con ellas la responsabilidad jurídica del curador frente al paciente a través del establecimiento de un régimen de retribuciones y castigos en función de los resultados. En el famoso código que lleva su nombre dedica 10 normas breves a la práctica médica y 282 reglas relativas a los honorarios y sanciones que deben aplicarse cuando los resultados de la acción sanadora no son los esperados¹. Queda perfectamente establecida, con esta regulación de honorarios y sanciones, por primera vez, la responsabilidad social del sanador al ser reflejada en las leyes². Aclaremos que hablamos de reglas relacionadas con la acción sanadora y no con el ejercicio de la profesión médica, pues lo que el Código de Hammurabi regula no es la profesión médica, sino la práctica de un oficio manual indudablemente más elevado que los demás, pero oficio al cabo. Es difícil entender la evolución histórica del paradigma ético de la profesión médica sin establecer previamente una serie de cuestiones aclaratorias referidas al papel del médico en la sociedad en las distintas culturas y en los diferentes

momentos históricos de los colectivos sociales. La primera y fundamental es la diferencia entre profesión y oficio. De ahí, de esa concepción del ejercicio médico, derivará todo.

Etimológicamente, profesión viene del latín «*profesio*», que se refería a la promesa pública de cumplir con una serie de obligaciones y actividades, y la aceptación por parte de la sociedad de ese compromiso. De ahí que se aplique el término profesión para identificar aquellas acciones que se realizan en beneficio de la colectividad. Esta, a su vez, coloca a los ejercientes de la profesión en una situación de privilegio social. Con los oficios no ocurre. Esto es, en esencia, lo que les diferencia. Tradicionalmente, las profesiones han sido muy pocas, condición imprescindible para gozar de un gran prestigio social. Se pueden reducir a 3: sacerdotes, gobernantes y médicos. Hasta que llega la medicina científica, el primer y el tercer grupo coinciden, frecuentemente, en las mismas personas y en algunas culturas arcaicas, incluso los 3.

En el año 1949, Talcott Parsons publicó su libro *Essays in sociological theory (Ensayos de teoría social)*, Paidós, Buenos Aires, 1967), en el que deja sentado que las profesiones son muy pocas y quedan reducidas a esos 3 espacios citados más arriba: el teológico (sacerdotes), el jurídico (reyes, gobernantes, jueces) y el sanitario (médicos). Al estudiar las profesiones, Parsons se dedicó al análisis de la medicina pues, en su opinión, era la única profesión que había sido capaz de asumir la evolución de la ciencia, entendiéndola, por tanto, como el paradigma moderno de profesión³. El prestigio social que la colectividad otorga a las profesiones permite normativizar, por parte de quienes las ejercen, la vida de los ciudadanos y dictar pautas de conducta en cuanto a lo que es correcto y lo que no lo es. Hay 5 notas particulares que definen el papel sociológico de la profesión: elección, segregación, privilegio, impunidad y autoridad³. Con el discurrir del tiempo, estas 5 características han ido modificándose en su formulación externa, pero en lo esencial han permanecido. Vamos a tratar de describirlas brevemente:

1. La *elección* en las culturas antiguas, del que estaba llamado a ocupar un papel destacado en la sociedad, se consideró divina. Por ello, pueden y deben desempeñar

- tan alta función en el seno de la comunidad. Tienen un don especial que les ha sido dado y que les diferencia del resto de los miembros del grupo al que pertenecen. Y, a fin de ser diferenciados, utilizan signos externos para que la comunidad les identifique como los elegidos, los llamados a desarrollar ese papel exclusivo dentro de ella.
2. La *segregación* viene dada por su condición de señalados, de no ser igual que el resto de los miembros de la colectividad. El médico tiene en su mano la vida y la muerte de los demás. Esto le hace especial. No es una persona normal. Es respetado y temido a la vez. La sociedad quiere tenerlo a una cierta distancia pues, ya que no es una persona normal, no debe convivir en condiciones de igualdad con los demás miembros del grupo.
 3. El *privilegio* es consecuencia de las 2 notas anteriores. La sociedad, por su propia condición, le coloca en una situación de privilegio. Y ya que es el artífice de la norma, no tiene que estar sometido a esta. Le están permitidos, pues, actitudes y actos que a los demás les están vedados. Por tanto, se establece un doble privilegio: ser fuente de la norma y no estar obligado a cumplirla.
 4. Los individuos que gozan de tal poder social y de tales privilegios difícilmente pueden ser sometidos a los dictados de la justicia. Luego, en mayor o menor medida, gozan de *impunidad jurídica*. El médico, a lo largo de la historia, no ha gozado de una impunidad jurídica de derecho, pero sí de hecho. Testimonios tenemos muchos. Si comenzamos con el Código de Hammurabi, podemos recorrer la historia hasta mediados del siglo xx de ejemplo en ejemplo. El Código de Hammurabi establece, como ya hemos dicho, penas para los cirujanos, que era un oficio, pero no para los médicos, que era una profesión. Y así hasta hace poco.
 5. Y, por último, hablamos de la *autoridad moral*, ya que tienen en su mano la vida y la muerte, una situación de privilegio social, que dicen lo que hay que hacer, lo que es malo y lo que no lo es, fijan las costumbres, es decir, la moral, se les exige y se les permite eso: una moralidad especial, por encima de la moralidad común. Esa moralidad especial viene dada por su condición de líderes, de espejo en el que la gente se mira, de ejemplo a seguir. En esa moralidad especial cabe el deber de secreto y el de beneficencia para con los demás, incluso, cuando no se espera percibir beneficio económico a cambio del servicio prestado.

La sociedad espera la excelencia moral del profesional. De ahí viene también la impunidad jurídica como reverso de esa moneda. El papel tan importante que desarrolla dentro del grupo debe ser ejercido por personas moralmente intachables y, por tanto, no deben estar sometidas a la justicia a la que el común está sujeto³.

Pero además de estas notas singulares, que determinan la posición del médico en la colectividad, hay otros rasgos que describen la profesión médica, quizá de una forma más concreta. Parsons, en su obra citada arriba, establece 4:

1. *Universalismo*. Del médico se espera que trate a todas las personas por igual, independientemente de su posición social, raza, credo, cultura, etc.
2. *Especificidad funcional*. El profesional ocupa un lugar de excepción dentro de la colectividad, lo que le otorga

un gran poder, que viene dado específicamente por la profesión que ejerce.

3. *Neutralidad afectiva*. La posición de dominio que ejerce sobre sus pacientes no puede ser usada en beneficio propio para lo que debe ejercer un buen autocontrol.
4. *Orientación a la colectividad*. Se espera del médico que ponga el bien común por encima del individual y que, por tanto, siga ejerciendo su cometido, incluso, en condiciones adversas, aunque no se le pague, por ejemplo, en contra de lo esperado de los oficios.

Estos 4 rasgos se pueden resumir en 2: posición socialmente privilegiada y gran poder y autoridad moral. Esto le llevó a Max Weber a considerar que las profesiones clásicas funcionan como monopolios y que son instituciones sociales «positivamente privilegiadas», al contrario que los oficios que se rigen por los principios del libre mercado y por ello mismo son instituciones sociales «negativamente privilegiadas»³.

Estas características dotarán al médico de una ética en la actuación profesional y en su vida como ciudadano que pervivirá a través de los siglos. Desde estas premisas se desarrollará la ética de la profesión médica sobre la base de una moralidad especial, distinta de la del común, que implica unos derechos y unos deberes. Se define una forma de actuación, arrancando de la medicina mágico-sacerdotal y llegando hasta bien entrado el siglo xx, que irá dibujando primero, consolidando después y siendo siempre pauta de actuación y que hemos definido como ética paternalista. Es el paradigma clásico de la ética de la profesión médica del que tenemos noticias documentadas en la medicina mágica y que ya en la medicina técnica griega alcanzará su máxima expresión en el *Corpus Hippocraticum*, y como ejemplo paradigmático universalmente aceptado en el juramento de Hipócrates. Establece este paradigma, como características principales, que el poder y la autoridad de definir lo que es bueno o malo para el paciente están solo en las manos del médico como responsable de los bienes primarios que son la vida y la muerte de sus semejantes. Su comportamiento con el enfermo es comparable con el de un padre que decide unilateralmente lo que es bueno para su hijo, pero sin contar con él para nada a la hora de definir su beneficio. Niega rotundamente la autonomía del paciente para decidir qué es lo que quiere para sí, qué es lo que cree que le conviene para su salud, siendo inherente a este tipo de ética, principio básico e indiscutible, el atribuir al médico y solo al médico esta capacidad.

Otra cualidad que define el paradigma clásico es la de la guarda del secreto médico. Su origen, documentalmente, lo situamos en el juramento hipocrático. Es un deber moral del médico y a este le corresponde valorar lo que no debe trascender. Pero un deber que no se corresponde con el derecho del paciente a la confidencialidad. No es que el enfermo tenga derecho a que se respete y se silencie lo que el médico ha conocido en el trato con él, sino que es un deber autoimpuesto por el médico, que goza, como ya hemos dicho, de una moralidad especial, superior y distinta de la de los demás, que se obliga a sí mismo mediante juramento a esa guarda del secreto profesional³.

Hoy la medicina paternalista está muy denostada, a veces, incluso, podemos tener la sensación de que hay un

cierto tinte de vergüenza al hablar de esta forma de entender la actuación profesional del médico, pero no debemos olvidar que desde estos postulados éticos, durante más de 3 milenios y medio, demostrables documentalmente, los que nos precedieron en el arte de curar escribieron y nos legaron la historia de un deseo, de un desafío, de una pasión: ayudar a nacer, curar la enfermedad, aliviar el dolor y auxiliar, cuando lo inexorable llega, a los que son iguales que él. Fueron médicos. El respeto a su memoria nos honra.

La adaptación de los paradigmas

Los avatares históricos, la evolución de la sociedad y el progreso científico van modulando una personalidad profesional, mudable a lo largo del tiempo, en la que el cambio de los paradigmas influye decisivamente haciendo que redimensione los postulados éticos a los que alivia de peso vocacional y dota, cada vez más, de reglamentación conductual. En todas las actividades humanas hay un modelo establecido que las explica y que además sirve para abordar las cuestiones más o menos complicadas que puedan presentarse. Con la evolución de la actividad van surgiendo nuevos datos y nuevos problemas que la modifican. Hay 2 formas de afrontar e integrar esos nuevos horizontes que se plantean.

La primera es adaptar el modelo, el paradigma de esa actividad, transformándolo para que pueda admitir ese nuevo fenómeno. Es la llamada vía de la evolución pacífica o «cambio paulatino y progresivo». La segunda posibilidad es abordada cuando se cree que los nuevos datos son imposibles de encuadrar dentro del paradigma, aunque este se amplíe. Se procede al cambio radical, estructural, del paradigma existente. Es la llamada vía de la revolución o del «cambio drástico, radical o estructural». Normalmente, se opta por lo primero y si los datos son difícilmente integrables, se recurre a la segunda posibilidad. En la ciencia, entonces, se produce la llamada «revolución científica»³.

Los 2 síntomas que se aceptan como determinantes de que el paradigma clásico de las profesiones ha entrado en crisis coinciden en esta época: Los conceptuales o teóricos y los sociales o prácticos. Por razones de espacio, no entramos en su análisis. Ya lo hicimos en su momento y a ellos nos remitimos¹. Podemos concluir con que las crisis se originan por un conflicto entre lo establecido y la aparición de nuevas circunstancias y posibilidades que ponen en cuestión la operatividad de lo que se venía haciendo, planteando su modificación en algunos casos o su desaparición en otros, según las 2 vías definidas más arriba.

Crisis y nuevo paradigma ético de la profesión médica

A comienzos del siglo XIX, la publicación del libro de Thomas Percival, *Medical ethics, of a code or institutes and precepts, adapted to the professional conduct of physicians and surgeons*, Inglaterra, 1803, significará un punto de inflexión en la ética médica, pero será en la centuria siguiente cuando los avances científicos, los terribles sucesos de la Alemania nacionalsocialista, el proceso de Núremberg y sus consecuencias, las explosiones atómicas, la crisis general del paradigma clásico de las profesiones, los códigos deontológicos y la llegada de la bioética marquen un nuevo

definitivo rumbo en la ética médica. Estos hechos mencionados son la consecuencia de la vertiginosa evolución de una sociedad que ha cambiado su estructura mental, individual y colectiva, y que, como consecuencia de ello, cambia sus postulados filosóficos, su escala de valores, su moral y su estilo de vida. Esto conlleva el cambio de las estructuras organizativas y surge la necesidad, en el seno de la propia sociedad, del afloramiento de alineaciones estructurales, aportadoras de nuevos sistemas y nuevas formas de actuación, que influirán en el gobierno de las cosas. En lo que respecta a nuestra profesión, la fuerza del cambio no vendrá de dentro sino de fuera, fundamentalmente sobre la base de la presión ejercida por las organizaciones civiles y por las sentencias judiciales. Dará el primer y significativo aldabonazo en 1914 el juez Benjamín Cardozo, en su sentencia del caso Scholendorf contra la Sociedad del Hospital de Nueva York. Lo importante de esta sentencia no está en el fallo judicial propiamente dicho, sino en los argumentos que lo sustentan:

«Todo ser humano adulto y con plenas facultades mentales tiene derecho a determinar lo que va a hacer con su propio cuerpo, y un cirujano que realice una operación sin el consentimiento de su paciente comete una agresión a la persona, siendo responsable de los daños que origine»⁴.

Todo empieza a cambiar y la concepción de que los sujetos ejercientes de las profesiones son elegidos por estar dotados de unas cualidades extraordinarias que les segrega y les permite gozar de una situación de privilegio, cuya expresión es la impunidad jurídica y la autoridad moral, se va debilitando y, por fin, comienza a desvanecerse a mediados del siglo XX. No parece que la sociedad, que surge y se desarrolla después de la Segunda Guerra Mundial en los países avanzados, esté por tolerar la impunidad jurídica ni acepte lo de la moralidad especial, aplicable a algunos, distinta de la moral común. Se admite una moralidad común, con matices, en función de la actividad o del papel social que cada uno tenga y se exigen unos mínimos marcados por el derecho que eviten la ignorancia, la impericia, la negligencia o la imprudencia en el ejercicio de las profesiones. Y todos deben tender a la excelencia, profesional y moral, sin distinción de la actividad que realizan. Y cuanto más elevado sea el papel que se desempeña, mayor debe ser la exigencia ética y jurídica³.

La ética médica tradicional se verá afectada por estos cambios. Desde mediados del siglo XX, y merced al vertiginoso desarrollo de los conocimientos científicos y de la creciente toma de conciencia de la sociedad sobre el respeto a la autonomía y a las libertades individuales de creencia, elección, etc., ha hecho que el paradigma clásico de la profesión médica y la ética que le soporta entre en crisis. Los postulados que aporta el código ético por antonomasia sobre el que se ha apoyado la ética médica tradicional han ido perdiendo su vigencia:

La defensa de preceptos como los de compartir sus bienes con los maestros, enseñar el arte de curar a los hijos de estos, prohibir la cirugía o ejercer, desde un concepto sacerdotal, una práctica no remunerada no tiene hoy mucho sentido.

La prohibición del aborto y la eutanasia se ha visto matizada sustancialmente por la despenalización del aborto

terapéutico, profiláctico o por violación y por el cuestionamiento que ciertos movimientos políticos y sociales hacen de esta prohibición en cuanto defienden la libertad del individuo para elegir las condiciones de su propia muerte. La legislación de algunos países se mueve en estos ámbitos.

En cuanto al secreto profesional, tal como lo entiende el paradigma clásico, ha desaparecido⁵. Los principios de beneficencia y no maleficencia, piedras angulares del paradigma ético clásico, están adquiriendo una connotación muy diferente de la que tradicionalmente tenían: el principio de beneficencia, del que se deriva la actitud paternalista, toma otros derroteros. Siendo el médico el que sabe lo que es beneficioso para el paciente, hay que ser conscientes de que este ha tomado conciencia de que aquel y su ciencia no son infalibles y, por otro lado, de que él tiene también noción de su propio beneficio. De ahí viene la solicitud de información de los aspectos beneficiosos y perjudiciales, que se derivan de la recomendación exploratoria o terapéutica que el médico propone, antes de ofrecer su consentimiento a esta, buscando el beneficio que, desde su propia perspectiva, quiere para sus males. Desde este punto de vista se plantea que las decisiones terapéuticas deben ser compartidas con el enfermo y/o con sus familiares. El médico tiene la responsabilidad de poner a disposición del enfermo todo su saber y capacidad profesional, pero no debe sentirse el dueño y único responsable de la vida de este y debe, en todo caso, respetar sus derechos fundamentales. Pasamos de una relación de verticalidad en la toma de decisiones a una de horizontalidad, es decir, de decisiones compartidas. En cuanto al principio de no maleficencia, hay que profundizar más en la preocupación por no hacer daño, no solo corporal sino psíquico, que el médico puede causar con actitudes cerradas y negativas, y falta de capacidad para aceptar las diferencias morales o de cosmovisión que pueda tener con el enfermo⁵. Sin embargo, hay preceptos que continúan y continuarán vigentes. Es el caso del respeto a los maestros, al enfermo, a uno mismo y a la profesión médica como norma general que emana del juramento. Lo mismo ocurre con la idea implícita de que el médico debe ser un individuo capaz, cauto y sensible⁵.

Pero la prevalencia de lo contenido en estos últimos párrafos no da suficiente espacio como para que sea posible adaptar el antiguo paradigma a las nuevas exigencias. Por tanto, si admitimos que la solución no es adecuar el paradigma clásico a la nueva situación, estamos admitiendo que hay que determinar un nuevo paradigma profesional.

¿Y cuáles deben ser las nuevas normas que encuadren las profesiones en general y la medicina en particular? Apuntamos unas bases para la hipótesis.

Las 2 cotas de la vida moral de las personas y, por tanto, de la ética profesional son el nivel público, que establece una ética de mínimos, y el nivel privado o de la ética de máximos³.

La primera viene dada por los principios de no maleficencia y justicia, y es prerrogativa del Estado. Es universal y obliga a los miembros de la sociedad. En el plano de la salud, se puede equiparar la ética de mínimos con una salud de mínimos, que sería la que el Estado debe garantizar a todos los miembros por igual, según el principio de justicia. Esto, que parece como muy natural, no ocurre en muchos países en los que los ciudadanos no tienen acceso a los servicios sanitarios más básicos. En todo caso, deberá exigirse la

responsabilidad jurídica de las acciones profesionales médicas, respondiendo el profesional ante la justicia por sus actos de ignorancia, impericia, imprudencia o negligencia⁶.

La segunda, de la ética privada o de máximos, soporata por los principios de autonomía y beneficencia, entra en el terreno de las aspiraciones personales en cuanto que la tendencia a la felicidad es un proyecto personal que debe ser constituido autónomamente. A diferencia de la salud de mínimos, que la entendemos como un deber del Estado, la salud de máximos es prerrogativa individual y cuando los Estados han intentado entrar en ese terreno han sido Estados totalitarios, que además han fracasado en el intento⁶.

Para terminar estos trazos gruesos sobre el nuevo paradigma profesional, en cuanto a la ética de la profesión médica que se ha abierto paso en el siglo xx, queremos hacer una breve referencia al secreto profesional, como ejemplo del cambio, comparándolo con su concepción anterior. Ya hemos dejado sentado cómo era un deber imperfecto en cuanto que no dimanaba del derecho del otro. Era un deber autoimpuesto y el privilegio profesional otorgaba al médico la gradación o cuantificación del deber de guarda. Ya no es así. El deber de secreto profesional viene, ahora, del derecho de los ciudadanos a la intimidad, privacidad y libertad de conciencia. Y es este derecho el que genera un deber en el profesional, que accede a la intimidad y la privacidad del ciudadano, de respetar esos aspectos. Las leyes de las naciones libres, entre otras la del Reino de España, reflejan y tipifican como delito la vulneración de esos derechos, estableciendo gradaciones diferentes según sean oficios o profesiones. No reconocen una moral especial para las profesiones, pero establecen su diferenciación y las distinguen con una cualificación especial en cuanto que su actividad afecta a las dimensiones más sensibles del ser humano^{6,7}.

Otro aspecto que hemos de destacar es el papel de las religiones. Secularmente, la ética médica ha estado influida por los principios y mandatos morales que emanaban de ellas. En estos momentos nos encontramos que en una institución sanitaria se dan cita y pueden convivir enfermos de distintos credos religiosos, agnósticos y ateos, cuyos códigos morales son muy distintos. Las instituciones tienen la obligación de ser respetuosas con la libertad de conciencia, por lo que deberán establecer unos mínimos morales exigibles a todos. Estos no pueden fijarse desde la óptica de los mandatos morales que indican las religiones, sino desde criterios seculares, civiles o racionales. Por ello, y desde este convencimiento, la corporación médica deberá, si quiere recuperar el papel social que le corresponde, establecer un nuevo paradigma profesional que hunda sus raíces en la tradición médica y en una nueva ética médica que desde criterios civiles y no religiosos sea pluralista, participativa, deliberativa, basada en la responsabilidad, autónoma, racional y universal. La ética moderna debe ser pluralista, es decir, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente aglutinarlos y conjugarlos en una unidad superior, siendo esta postura no una cortapisa, sino una aspiración en cuanto que puede dar lugar a una ética universal verdaderamente humana. Frente al individualismo interpretativo y decisorio debe alzarse la participación en la discusión, dentro del proceso deliberativo, de todos los agentes afectados por la norma o la decisión que se debe tomar. La deliberación moral es un proceso de búsqueda conjunta y participada de

la verdad que se ve enriquecida enfrentando los distintos valores morales implicados. El resultado final gozará de una categoría superior que la que tenía al principio cada uno de los componentes. Es la función de los comités asistenciales de ética.

A medio camino entre las éticas estratégicas (para beneficio de unos pocos) y las éticas de la convicción (maximalistas) se hallan las éticas de la responsabilidad, propias del siglo xx. Este tipo de ética, creada y defendida por Max Weber, parte del principio de que todos los seres humanos son sujetos morales merecedores de consideración y respeto, por lo que deben participar en el proceso de elaboración de las normas y decisiones que les afecten, manifestando y haciendo valer sus principios morales, creencias, necesidades e intereses, a la vez que vienen obligados a tener en cuenta los de los demás. Una ética autónoma es la que considera que el criterio de moralidad no es otro que el ser humano y esta razón, la razón humana, es la que se constituye en norma de moralidad. Es la conciencia humana y la voz de esa conciencia las que se constituyen en norma y tribunal inapelable.

El que la ética deba ser racional no quiere decir que sea racionalista en cuanto que no puede establecer sistemas completos y autosuficientes, pues la razón humana tiene siempre un carácter abierto, con un momento a priori o principialista y otro a posteriori o consecuencialista. La razón ética, por tanto, debe desarrollarse a ese doble nivel. Por último, una ética médica moderna debe ser universal, abierta siempre a un constante proceso de revisión y debe ir más allá de los puros convencionalismos morales y aspirar al establecimiento de leyes universales que sirvan para todos, en todos los momentos, circunstancias y lugares⁷.

Queremos anotar la observación de que hoy el mundo de la medicina no está en manos de los médicos y de los beneficiarios del saber médico, que son los enfermos. Los gestores de la asistencia sanitaria han introducido un factor de distorsión en la evolución de la profesión que hace que los que deberían ser los artifices de esta queden relegados a un plano secundario. Desde el momento en que los conceptos economicistas ocupan lugar prioritario en la gestión médica, todo es distinto. Las teorías y los principios éticos que sustentan nuestro quehacer profesional diario tienen en cuenta que los recursos son limitados, pero en absoluto contemplan la posibilidad del rendimiento en términos económicos en el ejercicio médico. Los métodos diagnósticos y terapéuticos son analizados por el médico en cuanto que son portadores de efectos positivos e indeseables para el enfermo. Las guías terapéuticas que elaboran los gestores de la administración para la medicina pública, o los de las empresas para la privada, están analizadas desde la óptica de la economía. El profesional que atiende en la consulta o en la sala del hospital a sus enfermos se ve cada día más presionado por esa pléyade de burócratas y el sinnúmero de recursos utilizados para guiar su prescripción. Hay que estar muy bien dotado, ética y moralmente, para aguantar las presiones que nos llegan desde los centros de decisión política y empresarial, y actuar libremente según ciencia y conciencia. Y, a todo esto, sumarle la presión asistencial, la ansiedad del que sufre y de su familia, la exigencia constante y no siempre leal del asistido y un, cada día más, largo y desmesurado etcétera. Son las consecuencias de la medicina socializada imperante en nuestra nación y del principio de autonomía

que ha desplazado el establecimiento de la necesidad sanitaria del médico al usuario. Por ello es necesario contemplar como imprescindible la dotación desde la facultad, junto a los rudimentos del conocimiento científico, de una buena formación ética del estudiante de medicina que debe saber desde el primer día que ha elegido algo distinto, que no le hace mejor ni peor, sino que le hace diferente de otros jóvenes que tratan de encontrar su camino y definir su futuro en otras aulas, en otras disciplinas y en otras ocupaciones: que debe comenzar a recibir una enseñanza que le otorgará los rudimentos básicos para el conocimiento de las claves que rigen la vida y la muerte, el dolor y el sufrimiento humano, y ese conocimiento lleva incluidos los recursos para aliviar esos problemas de los que son iguales a él y que serán el objeto y el afán de sus días como profesional, desde una relación normalmente de asimetría en la que tiene el ineludible deber del acatamiento de unas reglas que aseguren el bien para el enfermo desde el más absoluto respeto a su libertad individual. Y que aprenderá unos métodos basados en unos paradigmas que es posible que el discurrir del tiempo recuse como poco eficaces o, incluso, equivocados. Que estos métodos curativos no siempre servirán para detener el inexorable discurrir biológico del ser humano y algunas veces ni siquiera para atajar el sufrimiento. Que no siempre tendrá la comprensión de pacientes, familiares y compañeros. Pero también debe aprender que cuando sus métodos se demuestren imperfectos, insuficientes o inútiles, quedará su valor como persona, su identificación como semejante, su respeto a la vida, a la libertad del otro y su amor por el que sufre.

Hemos de terminar diciendo que el nuevo paradigma de la profesión, siguiendo a Diego Gracia³, debe asentarse sobre la base de la búsqueda de la excelencia como santo y seña de la profesión médica frente al conformismo de la no negligencia.

Por ello, entre las virtudes e ideales a los que el médico debe tender en su ejercicio, no podemos olvidarnos de la aspiración a la excelencia moral, en cuanto disposición del carácter, que desarrolla los deseos adecuados para las acciones correctas, superando los mínimos morales de las obligaciones. Desde Aristóteles se acepta que las virtudes humanas, en cuanto disposiciones para actuar, sentir y juzgar, se desarrollan desde una capacidad innata a la que se añaden un aprendizaje y un ejercicio de la cualidad. El carácter así formado y la sustanciación en actos de este es su modelo de excelencia moral⁸. Las personas excepcionales, héroes y santos, han llevado la excelencia moral hasta límites casi sobrehumanos. En el ejercicio médico los ejemplos forman legión. No es este el momento ni el lugar para analizar los ejemplos que la historia de la medicina nos ha servido. Pero no hace falta mirar tan alto. Los héroes y los santos, incluso los de la medicina, están para los altares y la veneración. El ejercicio diario de la profesión ocupa, normalmente, cotas infinitamente más bajas.

La búsqueda de la excelencia profesional debe partir de que los actos médicos han de cumplir 2 requisitos fundamentales: la corrección y la bondad.

La primera cualidad hace referencia a la preparación técnica del médico y a la adecuada aplicación de esta. Lo mismo que hay malos conductores o malos pintores, hay malos médicos que no están suficientemente preparados y no usan adecuadamente los métodos diagnósticos y terapéuticos que

el saber científico ha puesto a su alcance. La segunda cualidad hace referencia a la condición moral del médico, a la bondad humana que posee o de la que carece y el reflejo que sus valores morales tienen en los actos que realiza.

«La pericia en el arte de curar define la corrección técnica del ejercicio médico y convierte a quien lo realiza en buen médico; la bondad humana, por su parte, define la bondad moral del profesional, y hace de él un médico bueno»⁷.

Es imprescindible que estos 2 factores vayan unidos, pues la falta de uno de ellos resulta incompatible con el adecuado ejercicio de la profesión. Refiriéndonos al segundo de ellos, no hay que olvidar que por mucho que el individuo y la colectividad se esfuercen, siempre se escapa algo a la normativización de las cosas. Las reglas, los principios éticos, los códigos y las leyes, nutridos desde las corrientes de pensamiento, llegan hasta donde llegan. Pero siempre hay algo que no puede ser contenido en ellas. Ni siquiera interpretándolas desde el espíritu que las alimenta. Más allá de la ética, de la deontología y de las leyes, queda un espacio donde habita lo más íntimo del ser humano y que no siempre puede ser contenido en estos pilares sobre los que se asienta el ejercicio médico. Hablamos de los sentimientos.

No se puede reglamentar la actitud del médico a la cabecera del enfermo terminal, afectado de cáncer, tratando de aliviar su dolor, su angustia y la de la familia que le rodea. Y esa actitud, indudablemente, tiene algo de aprendida, de académica. Pero en ella hay, también, un sentimiento inequívoco de compasión, de deseo de ayudar al que sufre, de presencia de ánimo ante el dolor del otro. Son el sentimiento del médico, la sensibilidad emocional, la responsabilidad moral profesional, la disposición personal, la ponderación, el discernimiento moral y el carácter. Sin estos atributos la ética médica sería una práctica fría. Dejaría de ser ética médica⁸.

El actuar médico se rige, además de por la ciencia aprendida, por principios éticos, normas deontológicas y cuerpos legales dados por los órganos legislativos de las naciones⁹. Pero los aspectos referidos al comportamiento emocional del médico, a la disposición anímica de servicio a los demás, al amor a la propia profesión y al enfermo, no caben en ninguna norma ética, deontológica ni legal de las que rigen la actuación médica. En la Edad Media, la gran medicina árabe acuñó un término para describir estas cuestiones de la moral médica que se encuentran en el mismo filo de lo razonable, rozando los más profundos misterios del ser humano. Lo llamaron «*niya*» y viene a determinar las más íntimas convicciones del alma del médico, que no provienen solo de la enseñanza recibida, ni de la experiencia adquirida en la atención de los problemas del quehacer diario, sino de lo más profundo del corazón¹⁰.

En los tiempos modernos, se le ha llamado vocación, virtud, espíritu de servicio y varias cosas más. Es difícilmente clasificable e imposible de cuantificar. Esto es lo que nos diferencia de otras profesiones y, sobre todo, de los oficios. No nos hace mejores ni peores. Nos hace distintos. Porque más allá de las corrientes de pensamiento ético, de los principios éticos, de los códigos deontológicos, de las reglas y de las leyes está eso: el corazón del médico. Dicho esto,

volvemos al primer párrafo de este texto. Hablábamos de la coincidencia en el tiempo del asentamiento de la Dermatología como ciencia imprescindible de la moderna medicina con la crisis del paradigma ético clásico de la profesión médica y el comienzo del nuevo paradigma.

La Dermatología y el nuevo paradigma ético

En 1986, en los EE. UU., Faden y Beuchamp¹¹ publicaron un estudio del grado de aceptación y cumplimiento del consentimiento informado. Resumían este con la célebre frase de «*Todo ha cambiado y todo sigue igual*» y, sacando los colores a la medicina americana, venían a poner de manifiesto que, si bien las estructuras sociales, culturales, políticas, legales y profesionales se habían adaptado al nuevo paradigma ético de la profesión médica, los médicos lo habían hecho en la forma pero no en el fondo. Varios años más tarde, Simón¹², en España, publicó su trabajo, en el que desmonta los mitos creados en torno de esta misma cuestión.

¿Qué está ocurriendo en España en general y en la Dermatología en particular? ¿La dermatología española se ha adaptado al nuevo paradigma ético de la profesión? ¿Y los dermatólogos? Los estudios de que disponemos, bien sea publicaciones o tesis doctorales a disposición en la base TESEO, son parciales y no están referidos, que nosotros sepamos, a la Dermatología.

En nuestra nación, en este momento, conviven como dermatólogos autorizados oficialmente para el ejercicio 3 tipos de profesionales: los más veteranos que hicieron la especialidad vía escuela, los MESTOS y los más jóvenes, formados vía MIR. Los primeros y buena parte de los segundos no recibieron formación reglada durante la licenciatura en Ética médica, mientras que el resto sí que ha tenido la oportunidad, en su mayoría, de cursar dicha asignatura, bien sea como opcional u obligatoria. Luego ya partimos de una diferencia importante en la formación básica recibida. Todos han tenido igualdad de oportunidades en la posibilidad de formación posgrado, al menos teóricamente. Y la pregunta primera es sencilla: ¿qué conocimientos tienen los profesionales ejercientes de la Dermatología en los 3 pilares básicos que regulan el ejercicio: ética, deontología y leyes?

Las preocupaciones profesionales del médico son muchas aunque, en un afán simplificador, podemos resumirlas en 2 grandes apartados: preocupaciones técnicas y preocupaciones éticas. Las segundas podemos, a su vez, agruparlas por su relación en 3 grupos: las que le afectan en primera persona, como pueden ser el nivel de formación, la relación con los compañeros o la seguridad en el puesto de trabajo, entre otras; las derivadas de la relación médico-paciente, o las que dimanen de la relación con terceros (empresa, industria farmacéutica, etc.).

¿Cuál es la actitud del dermatólogo español ante los dilemas éticos que se le plantean en el ejercicio? Esa actitud vendrá dada por la formación recibida y las influencias externas, señalará en qué tipo de ética se desenvuelve, si se ha adaptado a los nuevos postulados éticos basados en el respeto a la autonomía del paciente y pondrá en la pista de la respuesta que va a dar a los problemas éticos diarios.

Y ese sería el meollo de la cuestión para saber dónde estamos y hacia dónde caminamos. La respuesta a los problemas éticos que cada día se plantean en la consulta, el quirófano o la planta del hospital. Es lo que hemos llamado la «*ética de los problemas diarios*» y que viene a constituir la inmensa mayoría de los dilemas éticos del médico. Dilemas, por otra parte, que, normalmente, tiene que resolver en solitario, sobre la marcha, sin tiempo ni disponibilidad para consultarlos, no ya con la comisión ética del hospital, sino tan siquiera con los compañeros de servicio. Y esta respuesta no va a estar muchas veces relacionada con la arquitectura ética del dermatólogo. Ejemplo: dermatólogo católico que, siguiendo los postulados de la Iglesia católica, está en contra del uso de métodos anticonceptivos y que para tratar a una paciente en edad fértil necesita aplicarle isotretinoína. ¿Qué hace? Y esto es solo un ejemplo entre 1.000; también podemos hablar del consentimiento informado, la relación con el paciente emigrante del que le separan barreras idiomáticas, religiosas, culturales, la relación con la Administración, que en estos momentos de rebaja de honorarios y aumento de horarios y fiscalidad puede ver afectada la calidad de la asistencia por influjo negativo en el ánimo profesional, la relación con la industria farmacéutica, la presión para la disminución del gasto y un larguísimo etcétera.

Es precisa la realización de estudios en este sentido. La pervivencia de la profesión médica con el nivel de respeto y dignidad que merece dependerá del enfoque ético de esta. Al igual que venimos obligados a honrar a los que nos precedieron, tenemos el deber moral de legar, a los que en el ejercicio de la más hermosa profesión de cuantas existen nos han de suceder, una herencia que les permita sentir el orgullo razonado y razonable que nosotros hoy manifestamos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. López S. Ética y deontología médica. 1ª ed. Madrid: Editorial Marban; 2011.
2. Lain P. Historia de la mMedicina. 1ª ed. Barcelona: Salvat Editores S A; 1982.
3. Gracia D. Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. 1ª ed. Madrid: Editorial Triacastela; 2004.
4. López S. Ética y deontología médica. Madrid: Marban; 2011. p. 320.
5. Ocampo J. La bioética y la crisis de la ética médica tradicional. Anales Médicos de la Asociación de Médicos de Hospitales. 2001;XLVI:92-6.
6. Gómez M. Medicina paliativa. La respuesta a una necesidad. 1ª ed. Madrid: Aran; 1998.
7. Farreras P, Rozman C. Medicina interna. 15ª ed. Tomo I. Madrid: Editorial Marin; 2004.
8. Beauchamps TL, Childress JF. Principios de ética biomédica. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
9. Sierra X. Ética e investigación médica en humanos: perspectiva histórica. Actas Dermosifiliogr. 2011;102:395-480.
10. Schipperges H. La ética médica en el Islam medieval. Asclepio. 1965;XVII:107-16.
11. López M. Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en anestesiología. Estudio en el Complejo Hospitalario de Toledo [tesis doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2011.
12. Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. Anuario del Sistema Sanitario Navarro. 2006;29: 29-40.

ANEJO III

ENCUESTA 1 TABLAS DE CONTINGENCIA

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
p5 * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p5 * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p5 * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p5 * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p6 * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p6 * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p6 * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p6 * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p7 * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p7 * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p7 * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p7 * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p8 * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p8 * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p8 * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p8 * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p9 * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p9 * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p9 * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p9 * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p10 * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p10 * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p10 * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p10 * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p11 * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p11 * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p11 * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p11 * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p13 * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p13 * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p13 * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p13 * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p14 * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p14 * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p14 * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p14 * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p15 * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p15 * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p15 * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p15 * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p16 * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p16 * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p16 * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p16 * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Nivel de formación técnica * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Nivel de formación técnica * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Nivel de formación técnica * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Nivel de formación técnica * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Nivel de formación ética * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Nivel de formación ética * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Nivel de formación ética * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Nivel de formación ética * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Formación continuada * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Formación continuada * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Formación continuada * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Formación continuada * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Tiempo para el estudio * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Tiempo para el estudio * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Tiempo para el estudio * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Tiempo para el estudio * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Relación con los compañeros del Servicio * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Relación con los compañeros del Servicio * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Resumen del procesamiento de los casos

p17-Relación con los compañeros del Servicio * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Relación con los compañeros del Servicio * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Relación con los compañeros de otros Servicios y Atención Primaria * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Relación con los compañeros de otros Servicios y Atención Primaria * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Relación con los compañeros de otros Servicios y Atención Primaria * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Relación con los compañeros de otros Servicios y Atención Primaria * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Secreto profesional medico * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Secreto profesional medico * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Secreto profesional medico * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Secreto profesional medico * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p17-Seguridad en el puesto de trabajo * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p17-Seguridad en el puesto de trabajo * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p17-Seguridad en el puesto de trabajo * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p17-Seguridad en el puesto de trabajo * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso) * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso) * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso) * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso) * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Atención al paciente inmigrante * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Atención al paciente inmigrante * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Atención al paciente inmigrante * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Atención al paciente inmigrante * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Atención al paciente "difícil" (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...) * Edad	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%
p18-Atención al paciente "difícil" (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...) * Sexo	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%
p18-Atención al paciente "difícil" (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...) * Puesto de trabajo	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%
p18-Atención al paciente "difícil" (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...) * Años ejercicio	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%
p18-Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Receta de complacencia * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Receta de complacencia * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Receta de complacencia * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Receta de complacencia * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo * Edad	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%
p18-Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo * Sexo	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%

Resumen del procesamiento de los casos

p18-Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo * Puesto de trabajo	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%
p18-Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo * Años ejercicio	38	95,0%	2	5,0%	40	100,0%
p18-Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Consentimiento informado * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Consentimiento informado * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Consentimiento informado * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p18-Consentimiento informado * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p19-Horario laboral y presión asistencial * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Horario laboral y presión asistencial * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Horario laboral y presión asistencial * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Horario laboral y presión asistencial * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Honorarios profesionales * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Honorarios profesionales * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Honorarios profesionales * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Honorarios profesionales * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Carrera profesional * Edad	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p19-Carrera profesional * Sexo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p19-Carrera profesional * Puesto de trabajo	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p19-Carrera profesional * Años ejercicio	39	97,5%	1	2,5%	40	100,0%
p19-Organización del Servicio * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Organización del Servicio * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Organización del Servicio * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Organización del Servicio * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Presión de la administración respecto al gasto * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Presión de la administración respecto al gasto * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Presión de la administración respecto al gasto * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Presión de la administración respecto al gasto * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Historia clínica y su seguridad * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Historia clínica y su seguridad * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Historia clínica y su seguridad * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Historia clínica y su seguridad * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Respaldo jurídico de la Administración * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Respaldo jurídico de la Administración * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Respaldo jurídico de la Administración * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Respaldo jurídico de la Administración * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Relación con la Industria Farmacéutica * Edad	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Relación con la Industria Farmacéutica * Sexo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Relación con la Industria Farmacéutica * Puesto de trabajo	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%
p19-Relación con la Industria Farmacéutica * Años ejercicio	40	100,0%	0	0,0%	40	100,0%

Tabla : p12-Beneficencia * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,852 ^a	3	,604
Razón de verosimilitudes	1,893	3	,595
Asociación lineal por lineal	,195	1	,659
N de casos válidos	20		

a. 8 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,35.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,291	,604
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-Beneficencia * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,158 ^a	3	,368
Razón de verosimilitudes	2,937	3	,402
Asociación lineal por lineal	,008	1	,927
N de casos válidos	20		

a. 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,369	,368
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-Beneficencia * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,500 ^a	48	,271
Razón de verosimilitudes	47,237	48	,504
Asociación lineal por lineal	,261	1	,610
N de casos válidos	20		

a. 68 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,853	,271
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-No Maleficencia * Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,460 ^a	42	,451
Razón de verosimilitudes	38,127	42	,642
Asociación lineal por lineal	1,142	1	,285
N de casos válidos	20		

a. 60 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,824	,451
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-No Maleficencia * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,903 ^a	3	,272
Razón de verosimilitudes	4,070	3	,254
Asociación lineal por lineal	1,143	1	,285
N de casos válidos	20		

a. 8 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,90.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,404	,272
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

Tabla 180.: p12-No Maleficencia * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,287 ^a	3	,732
Razón de verosimilitudes	1,662	3	,645
Asociación lineal por lineal	,779	1	,377
N de casos válidos	20		

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,246	,732
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-No Maleficencia * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,349 ^a	48	,344
Razón de verosimilitudes	41,946	48	,718
Asociación lineal por lineal	1,746	1	,186
N de casos válidos	20		

a. 68 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,848	,344
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-Justicia * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,683 ^a	42	,360
Razón de verosimilitudes	41,267	42	,503
Asociación lineal por lineal	,103	1	,748
N de casos válidos	20		

a. 60 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,831	,360
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-Justicia * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,962 ^a	3	,580
Razón de verosimilitudes	2,009	3	,571
Asociación lineal por lineal	,004	1	,951
N de casos válidos	20		

a. 8 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,35.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,299	,580
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-Justicia * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,211 ^a	3	,240
Razón de verosimilitudes	3,442	3	,328
Asociación lineal por lineal	,109	1	,742
N de casos válidos	20		

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,417	,240
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-Justicia * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,071 ^a	48	,198
Razón de verosimilitudes	50,631	48	,370
Asociación lineal por lineal	,456	1	,499
N de casos válidos	20		

a. 68 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,859	,198
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-Autonomía * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,976 ^a	42	,429
Razón de verosimilitudes	42,175	42	,463
Asociación lineal por lineal	,782	1	,376
N de casos válidos	20		

a. 60 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,826	,429
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-Autonomía * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,618 ^a	3	,202
Razón de verosimilitudes	5,010	3	,171
Asociación lineal por lineal	,123	1	,726
N de casos válidos	20		

a. 8 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,80.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,433	,202
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-Autonomía * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,158 ^a	3	,368
Razón de verosimilitudes	2,937	3	,402
Asociación lineal por lineal	1,616	1	,204
N de casos válidos	20		

a. 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,369	,368
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12-Autonomía * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,571 ^a	48	,185
Razón de verosimilitudes	51,539	48	,337
Asociación lineal por lineal	,747	1	,388
N de casos válidos	20		

a. 68 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,20.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,860	,185
N de casos válidos	20	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p5 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,805 ^a	22	,100
Razón de verosimilitudes	36,643	22	,026
Asociación lineal por lineal	11,081	1	,001
N de casos válidos	40		

a. 46 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,660	,100
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p5 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,532 ^a	1	,060		
Corrección por continuidad ^b	2,304	1	,129		
Razón de verosimilitudes	3,497	1	,061		
Estadístico exacto de Fisher				,080	,065
Asociación lineal por lineal	3,444	1	,063		
N de casos válidos	40				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,40.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,285	,060
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p5 * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,230 ^a	1	,267		
Corrección por continuidad ^b	,191	1	,662		
Razón de verosimilitudes	2,020	1	,155		
Estadístico exacto de Fisher				,548	,370
Asociación lineal por lineal	1,199	1	,273		
N de casos válidos	40				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,83.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,173	,267
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p5 * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,805 ^a	24	,159
Razón de verosimilitudes	36,643	24	,047
Asociación lineal por lineal	8,622	1	,003
N de casos válidos	40		

a. 50 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,660	,159
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p6 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,376 ^a	66	,766
Razón de verosimilitudes	39,062	66	,997
Asociación lineal por lineal	,000	1	,997
N de casos válidos	40		

a. 92 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,768	,766
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p6 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,774 ^a	3	,079
Razón de verosimilitudes	8,125	3	,043
Asociación lineal por lineal	2,057	1	,152
N de casos válidos	40		

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,381	,079
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p6 * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,421 ^a	3	,331
Razón de verosimilitudes	2,660	3	,447
Asociación lineal por lineal	,022	1	,882
N de casos válidos	40		

a. 7 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,281	,331
N de casos válidos		40	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p6 * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	103,398 ^a	72	,009
Razón de verosimilitudes	51,199	72	,970
Asociación lineal por lineal	,015	1	,901
N de casos válidos		40	

- a. 100 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,849	,009
N de casos válidos		40	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p7 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,000 ^a	22	,011
Razón de verosimilitudes	15,881	22	,822
Asociación lineal por lineal	,165	1	,685
N de casos válidos		40	

- a. 46 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,707	,011
N de casos válidos		40	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p7 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,088 ^a	1	,767		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,086	1	,769		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,646
Asociación lineal por lineal	,086	1	,770		
N de casos válidos		40			

- a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,80.
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,047	,767
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p7 * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,171 ^a	1	,679		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,320	1	,571		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,854
Asociación lineal por lineal	,166	1	,683		
N de casos válidos	40				

a. 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,065	,679
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p7 * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,930 ^a	24	,981
Razón de verosimilitudes	8,243	24	,999
Asociación lineal por lineal	,032	1	,858
N de casos válidos	40		

a. 50 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,479	,981
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p8 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,562 ^a	22	,158
Razón de verosimilitudes	23,279	22	,386
Asociación lineal por lineal	,474	1	,491
N de casos válidos	39		

a. 46 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,650	,158
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p8 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,048 ^a	1	,306		
Corrección por continuidad ^b	,288	1	,591		
Razón de verosimilitudes	1,136	1	,287		
Estadístico exacto de Fisher				,631	,305
Asociación lineal por lineal	1,021	1	,312		
N de casos válidos		39			

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,05.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,162	,306
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p8 * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,478 ^a	1	,489		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,859	1	,354		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,655
Asociación lineal por lineal	,466	1	,495		
N de casos válidos		39			

a. 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,110	,489
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p8 * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,615 ^a	24	,718
Razón de verosimilitudes	17,734	24	,816
Asociación lineal por lineal	,304	1	,582
N de casos válidos	39		

a. 50 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,578	,718
N de casos válidos	39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p9 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,926 ^a	22	,820
Razón de verosimilitudes	13,870	22	,906
Asociación lineal por lineal	,002	1	,965
N de casos válidos	40		

a. 46 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,534	,820
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p9 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,963 ^a	1	,085		
Corrección por continuidad ^b	1,400	1	,237		
Razón de verosimilitudes	4,380	1	,036		
Estadístico exacto de Fisher				,136	,116
Asociación lineal por lineal	2,889	1	,089		
N de casos válidos	40				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,60.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,263	,085
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p9 * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,962 ^a	1	,161		
Corrección por continuidad ^b	,160	1	,689		
Razón de verosimilitudes	1,364	1	,243		
Estadístico exacto de Fisher				,277	,277
Asociación lineal por lineal	1,913	1	,167		
N de casos válidos		40			

a. 3 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,216	,161
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p9 * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,926 ^a	24	,891
Razón de verosimilitudes	13,870	24	,950
Asociación lineal por lineal	,322	1	,570
N de casos válidos		40	

a. 50 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,534	,891
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p10 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	84,999 ^a	63	,034
Razón de verosimilitudes	59,942	63	,586
Asociación lineal por lineal	,887	1	,346
N de casos válidos		39	

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,828	,034
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p10 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,445 ^a	3	,328
Razón de verosimilitudes	3,811	3	,283
Asociación lineal por lineal	,839	1	,360
N de casos válidos		39	

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,285	,328
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p10 * Puesto de trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,539 ^a	3	,136
Razón de verosimilitudes	4,942	3	,176
Asociación lineal por lineal	2,999	1	,083
N de casos válidos		39	

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,353	,136
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p10 * Años ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	97,288 ^a	72	,025
Razón de verosimilitudes	69,307	72	,568
Asociación lineal por lineal	,569	1	,451
N de casos válidos		39	

a. 100 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,845	,025
N de casos válidos		39	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p11 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	73,314 ^a	66	,251
Razón de verosimilitudes	64,641	66	,524
Asociación lineal por lineal	1,688	1	,194
N de casos válidos		40	

- a. 92 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,804	,251
N de casos válidos		40	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p11 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,306 ^a	3	,230
Razón de verosimilitudes	4,404	3	,221
Asociación lineal por lineal	2,904	1	,088
N de casos válidos		40	

- a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,00.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,312	,230
N de casos válidos		40	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p11 * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,674 ^a	3	,445
Razón de verosimilitudes	3,520	3	,318
Asociación lineal por lineal	,304	1	,581
N de casos válidos		40	

- a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,250	,445
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p11 * Años ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	102,775 ^a	72	,010
Razón de verosimilitudes	81,277	72	,213
Asociación lineal por lineal	,343	1	,558
N de casos válidos		40	

a. 100 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,848	,010
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p13 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,074 ^a	22	,061
Razón de verosimilitudes	31,553	22	,085
Asociación lineal por lineal	15,034	1	,000
N de casos válidos		40	

a. 46 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,673	,061
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p13 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,388 ^a	1	,007		
Corrección por continuidad ^b	5,260	1	,022		
Razón de verosimilitudes	7,614	1	,006		
Estadístico exacto de Fisher				,011	,011
Asociación lineal por lineal	7,203	1	,007		
N de casos válidos	40				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,80.
 b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,395	,007
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p13 * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,563 ^a	1	,453		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,479	1	,489		
Estadístico exacto de Fisher				,448	,448
Asociación lineal por lineal	,549	1	,459		
N de casos válidos	40				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,53.
 b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,118	,453
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p13 * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,765 ^a	24	,161
Razón de verosimilitudes	29,460	24	,203
Asociación lineal por lineal	8,462	1	,004
N de casos válidos	40		

a. 50 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,659	,161
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p14 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,635 ^a	21	,544
Razón de verosimilitudes	25,970	21	,208
Asociación lineal por lineal	6,932	1	,008
N de casos válidos		39	

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,579	,544
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p14 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,193 ^a	1	,004		
Corrección por continuidad ^b	6,371	1	,012		
Razón de verosimilitudes	8,311	1	,004		
Estadístico exacto de Fisher				,007	,006
Asociación lineal por lineal	7,983	1	,005		
N de casos válidos		39			

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,77.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,417	,004
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p14 * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,036 ^a	1	,849		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,037	1	,848		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,674
Asociación lineal por lineal	,035	1	,851		
N de casos válidos	39				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,030	,849
N de casos válidos	39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p14 * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,029 ^a	24	,303
Razón de verosimilitudes	36,014	24	,055
Asociación lineal por lineal	5,570	1	,018
N de casos válidos	39		

a. 50 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,640	,303
N de casos válidos	39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p15 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	61,190 ^a	44	,044
Razón de verosimilitudes	38,648	44	,700
Asociación lineal por lineal	5,881	1	,015
N de casos válidos	39		

a. 69 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,781	,044
N de casos válidos	39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p15 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,131 ^a	2	,077
Razón de verosimilitudes	5,578	2	,061
Asociación lineal por lineal	4,938	1	,026
N de casos válidos	39		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,41.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,341	,077
N de casos válidos	39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p15 * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,349 ^a	2	,840
Razón de verosimilitudes	,425	2	,808
Asociación lineal por lineal	,339	1	,561
N de casos válidos	39		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,094	,840
N de casos válidos	39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p15 * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,847 ^a	48	,101
Razón de verosimilitudes	38,281	48	,841
Asociación lineal por lineal	3,302	1	,069
N de casos válidos	39		

a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,781	,101
N de casos válidos	39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p16 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	66,358 ^a	44	,016
Razón de verosimilitudes	41,541	44	,578
Asociación lineal por lineal	12,314	1	,000
N de casos válidos	40		

a. 69 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,790	,016
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p16 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,181 ^a	2	,004
Razón de verosimilitudes	11,741	2	,003
Asociación lineal por lineal	10,672	1	,001
N de casos válidos	40		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,467	,004
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p16 * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,093 ^a	2	,954
Razón de verosimilitudes	,168	2	,919
Asociación lineal por lineal	,003	1	,955
N de casos válidos	40		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,048	,954
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p16 * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	67,963 ^a	48	,030
Razón de verosimilitudes	43,268	48	,667
Asociación lineal por lineal	7,927	1	,005
N de casos válidos	40		

a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,793	,030
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Nivel de formación técnica * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,755 ^a	22	,660
Razón de verosimilitudes	24,749	22	,309
Asociación lineal por lineal	,061	1	,805
N de casos válidos	40		

a. 46 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,565	,660
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Nivel de formación técnica * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,897 ^a	1	,343		
Corrección por continuidad ^b	,371	1	,543		
Razón de verosimilitudes	,891	1	,345		
Estadístico exacto de Fisher				,500	,270
Asociación lineal por lineal	,875	1	,350		
N de casos válidos	40				

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,60.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,148	,343
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Nivel de formación técnica * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,430 ^a	1	,232		
Corrección por continuidad ^b	,321	1	,571		
Razón de verosimilitudes	1,350	1	,245		
Estadístico exacto de Fisher				,276	,276
Asociación lineal por lineal	1,394	1	,238		
N de casos válidos	40				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,05.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,186	,232
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Nivel de formación técnica * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,685 ^a	24	,598
Razón de verosimilitudes	28,202	24	,252
Asociación lineal por lineal	,180	1	,672
N de casos válidos	40		

a. 50 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,593	,598
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Nivel de formación ética * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,786 ^a	44	,322
Razón de verosimilitudes	55,997	44	,106
Asociación lineal por lineal	3,430	1	,064
N de casos válidos		40	

a. 69 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,738	,322
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Nivel de formación ética * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,427 ^a	2	,808
Razón de verosimilitudes	,429	2	,807
Asociación lineal por lineal	,416	1	,519
N de casos válidos		40	

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,80.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,103	,808
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Nivel de formación ética * Puesto de trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,393 ^a	2	,302
Razón de verosimilitudes	3,264	2	,196
Asociación lineal por lineal	,481	1	,488
N de casos válidos		40	

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,90.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,238	,302
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Nivel de formación ética * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,222 ^a	48	,587
Razón de verosimilitudes	53,904	48	,259
Asociación lineal por lineal	2,768	1	,096
N de casos válidos		40	

a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,30.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,728	,587
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Formación continuada * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,586 ^a	22	,546
Razón de verosimilitudes	26,842	22	,217
Asociación lineal por lineal	,148	1	,700
N de casos válidos		40	

a. 46 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,583	,546
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Formación continuada * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,897 ^a	1	,343		
Corrección por continuidad ^b	,371	1	,543		
Razón de verosimilitudes	,891	1	,345		
Estadístico exacto de Fisher				,500	,270
Asociación lineal por lineal	,875	1	,350		
N de casos válidos		40			

a. 0 casillas (0,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,60.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,148	,343
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Formación continuada * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,430 ^a	1	,232		
Corrección por continuidad ^b	,321	1	,571		
Razón de verosimilitudes	1,350	1	,245		
Estadístico exacto de Fisher				,276	,276
Asociación lineal por lineal	1,394	1	,238		
N de casos válidos		40			

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,05.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,186	,232
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Formación continuada * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,220 ^a	24	,684
Razón de verosimilitudes	26,476	24	,329
Asociación lineal por lineal	,027	1	,870
N de casos válidos		40	

a. 50 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,579	,684
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Tiempo para el estudio * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,513 ^a	44	,369
Razón de verosimilitudes	45,314	44	,417
Asociación lineal por lineal	,303	1	,582
N de casos válidos		40	

a. 69 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,733	,369
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Tiempo para el estudio * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,107 ^a	2	,575
Razón de verosimilitudes	1,089	2	,580
Asociación lineal por lineal	,834	1	,361
N de casos válidos		40	

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,20.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,164	,575
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Tiempo para el estudio * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,488 ^a	2	,784
Razón de verosimilitudes	,701	2	,704
Asociación lineal por lineal	,468	1	,494
N de casos válidos		40	

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,22.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,110	,784
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Tiempo para el estudio * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,307 ^a	48	,501
Razón de verosimilitudes	45,993	48	,555
Asociación lineal por lineal	,022	1	,881
N de casos válidos		40	

a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,736	,501
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Relación con los compañeros del Servicio * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,237 ^a	44	,547
Razón de verosimilitudes	37,393	44	,749
Asociación lineal por lineal	,029	1	,864
N de casos válidos		40	

a. 69 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,717	,547
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Relación con los compañeros del Servicio * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,638 ^a	2	,098
Razón de verosimilitudes	5,061	2	,080
Asociación lineal por lineal	4,397	1	,036
N de casos válidos		40	

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,322	,098
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Relación con los compañeros del Servicio * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,512 ^a	2	,774
Razón de verosimilitudes	,583	2	,747
Asociación lineal por lineal	,212	1	,645
N de casos válidos		40	

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,112	,774
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Relación con los compañeros del Servicio * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,842 ^a	48	,101
Razón de verosimilitudes	37,026	48	,875
Asociación lineal por lineal	,307	1	,579
N de casos válidos		40	

a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,777	,101
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Relación con los compañeros de otros Servicios y Atención Primaria * Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,530 ^a	44	,781
Razón de verosimilitudes	44,486	44	,451
Asociación lineal por lineal	1,240	1	,265
N de casos válidos		40	

a. 69 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,691	,781
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Relación con los compañeros de otros Servicios y Atención Primaria * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,094 ^a	2	,579
Razón de verosimilitudes	1,098	2	,578
Asociación lineal por lineal	,337	1	,561
N de casos válidos		40	

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,00.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,163	,579
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Relación con los compañeros de otros Servicios y Atención Primaria * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,317 ^a	2	,314
Razón de verosimilitudes	3,326	2	,190
Asociación lineal por lineal	,292	1	,589
N de casos válidos		40	

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,75.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,234	,314
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Relación con los compañeros de otros Servicios y Atención Primaria * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,548 ^a	48	,802
Razón de verosimilitudes	46,213	48	,546
Asociación lineal por lineal	2,213	1	,137
N de casos válidos		40	

a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,705	,802
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Secreto profesional medico * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,704 ^a	66	,386
Razón de verosimilitudes	58,652	66	,728
Asociación lineal por lineal	,156	1	,693
N de casos válidos		40	

a. 92 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,795	,386
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Secreto profesional medico * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,561 ^a	3	,905
Razón de verosimilitudes	,583	3	,900
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos		40	

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,80.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,118	,905
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Secreto profesional medico * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,161 ^a	3	,762
Razón de verosimilitudes	1,530	3	,675
Asociación lineal por lineal	,032	1	,858
N de casos válidos		40	

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,168	,762
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Secreto profesional medico * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	66,435 ^a	72	,663
Razón de verosimilitudes	53,787	72	,947
Asociación lineal por lineal	,808	1	,369
N de casos válidos		40	

a. 100 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,790	,663
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Seguridad en el puesto de trabajo * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	39,677 ^a	42	,573
Razón de verosimilitudes	37,163	42	,683
Asociación lineal por lineal	,238	1	,626
N de casos válidos		39	

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,710	,573
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Seguridad en el puesto de trabajo * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,975 ^a	2	,614
Razón de verosimilitudes	,962	2	,618
Asociación lineal por lineal	,304	1	,581
N de casos válidos		39	

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,156	,614
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Seguridad en el puesto de trabajo * Puesto de trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,271 ^a	2	,873
Razón de verosimilitudes	,501	2	,779
Asociación lineal por lineal	,129	1	,719
N de casos válidos		39	

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,083	,873
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17-Seguridad en el puesto de trabajo * Años ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,313 ^a	48	,127
Razón de verosimilitudes	52,072	48	,318
Asociación lineal por lineal	,624	1	,430
N de casos válidos		39	

a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,777	,127
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso) * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,783 ^a	42	,813
Razón de verosimilitudes	33,927	42	,808
Asociación lineal por lineal	1,907	1	,167
N de casos válidos		39	

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,681	,813
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso) * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,796 ^a	2	,150
Razón de verosimilitudes	3,803	2	,149
Asociación lineal por lineal	3,565	1	,059
N de casos válidos		39	

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,15.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,298	,150
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso) * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,324 ^a	2	,042
Razón de verosimilitudes	4,907	2	,086
Asociación lineal por lineal	5,220	1	,022
N de casos válidos		39	

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,374	,042
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Relación médico-paciente (respeto, confianza mutua y compromiso) * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,217 ^a	46	,190
Razón de verosimilitudes	45,697	46	,485
Asociación lineal por lineal	2,986	1	,084
N de casos válidos		39	

a. 72 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,763	,190
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Atención al paciente inmigrante * Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,428 ^a	42	,672
Razón de verosimilitudes	45,053	42	,345
Asociación lineal por lineal	,349	1	,555
N de casos válidos		39	

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,700	,672
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Atención al paciente inmigrante * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,208 ^a	2	,901
Razón de verosimilitudes	,207	2	,902
Asociación lineal por lineal	,055	1	,814
N de casos válidos		39	

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,46.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,073	,901
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Atención al paciente inmigrante * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,216 ^a	2	,121
Razón de verosimilitudes	4,615	2	,100
Asociación lineal por lineal	2,988	1	,084
N de casos válidos		39	

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,312	,121
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Atención al paciente inmigrante * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,268 ^a	46	,503
Razón de verosimilitudes	52,324	46	,242
Asociación lineal por lineal	,006	1	,938
N de casos válidos		39	

a. 72 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,733	,503
N de casos válidos		39	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Atención al paciente "difícil" (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...) * Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,658 ^a	40	,441
Razón de verosimilitudes	42,378	40	,369
Asociación lineal por lineal	,128	1	,720
N de casos válidos		38	

- a. 63 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,719	,441
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Atención al paciente "difícil" (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...) * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,956 ^a	2	,376
Razón de verosimilitudes	1,920	2	,383
Asociación lineal por lineal	,299	1	,585
N de casos válidos		38	

- a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,58.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,221	,376
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Atención al paciente "difícil" (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...) * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,231 ^a	2	,540
Razón de verosimilitudes	1,902	2	,386
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos		38	

- a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,177	,540
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Atención al paciente "difícil" (hiperfrecuentador, insistente, desconfiado...) * Años ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,085 ^a	46	,428
Razón de verosimilitudes	47,923	46	,395
Asociación lineal por lineal	,105	1	,746
N de casos válidos		38	

a. 72 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,744	,428
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,294 ^a	63	,914
Razón de verosimilitudes	50,041	63	,882
Asociación lineal por lineal	,008	1	,930
N de casos válidos		39	

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,744	,914
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,877 ^a	3	,411
Razón de verosimilitudes	3,540	3	,316
Asociación lineal por lineal	,047	1	,829
N de casos válidos		39	

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,77.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,262	,411
N de casos válidos		39	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,453 ^a	3	,015
Razón de verosimilitudes	6,726	3	,081
Asociación lineal por lineal	,494	1	,482
N de casos válidos		39	

- a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,10.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,460	,015
N de casos válidos		39	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Indicación de baja laboral ante cirugía o enfermedad grave dermatológica * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	64,734 ^a	69	,623
Razón de verosimilitudes	61,131	69	,739
Asociación lineal por lineal	,038	1	,845
N de casos válidos		39	

- a. 96 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,790	,623
N de casos válidos		39	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Receta de complacencia * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,456 ^a	63	,850
Razón de verosimilitudes	50,315	63	,876
Asociación lineal por lineal	1,052	1	,305
N de casos válidos		39	

- a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,754	,850
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Receta de complacencia * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,801 ^a	3	,187
Razón de verosimilitudes	5,108	3	,164
Asociación lineal por lineal	,042	1	,838
N de casos válidos		39	

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,331	,187
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Receta de complacencia * Puesto de trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,555 ^a	3	,907
Razón de verosimilitudes	,891	3	,828
Asociación lineal por lineal	,278	1	,598
N de casos válidos		39	

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,118	,907
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Receta de complacencia * Años ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	94,566 ^a	69	,022
Razón de verosimilitudes	63,132	69	,676
Asociación lineal por lineal	3,091	1	,079
N de casos válidos		39	

a. 96 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,841	,022
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,190 ^a	63	,748
Razón de verosimilitudes	49,824	63	,886
Asociación lineal por lineal	1,510	1	,219
N de casos válidos		38	

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,770	,748
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,589 ^a	3	,459
Razón de verosimilitudes	2,894	3	,408
Asociación lineal por lineal	2,469	1	,116
N de casos válidos		38	

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,253	,459
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo * Puesto de trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,346 ^a	3	,504
Razón de verosimilitudes	3,113	3	,375
Asociación lineal por lineal	1,358	1	,244
N de casos válidos		38	

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,241	,504
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Prescripción de medicamentos genéricos o por principio activo * Años ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	74,100 ^a	66	,231
Razón de verosimilitudes	59,868	66	,689
Asociación lineal por lineal	,988	1	,320
N de casos válidos		38	

a. 92 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,813	,231
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	76,050 ^a	63	,125
Razón de verosimilitudes	49,359	63	,895
Asociación lineal por lineal	1,352	1	,245
N de casos válidos		39	

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,813	,125
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,971 ^a	3	,265
Razón de verosimilitudes	4,299	3	,231
Asociación lineal por lineal	2,318	1	,128
N de casos válidos		39	

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,304	,265
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,871 ^a	3	,276
Razón de verosimilitudes	4,071	3	,254
Asociación lineal por lineal	2,485	1	,115
N de casos válidos		39	

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,300	,276
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Comunicación de diagnóstico o pronóstico fatal * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,168 ^a	69	,957
Razón de verosimilitudes	44,493	69	,990
Asociación lineal por lineal	,001	1	,974
N de casos válidos		39	

a. 96 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,750	,957
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Consentimiento informado * Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	79,914 ^a	63	,074
Razón de verosimilitudes	56,643	63	,701
Asociación lineal por lineal	,702	1	,402
N de casos válidos		39	

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,820	,074
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Consentimiento informado * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,257 ^a	3	,739
Razón de verosimilitudes	1,597	3	,660
Asociación lineal por lineal	,681	1	,409
N de casos válidos		39	

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,177	,739
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Consentimiento informado * Puesto de trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,145 ^a	3	,370
Razón de verosimilitudes	3,049	3	,384
Asociación lineal por lineal	1,781	1	,182
N de casos válidos		39	

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,273	,370
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18-Consentimiento informado * Años ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,117 ^a	69	,868
Razón de verosimilitudes	55,229	69	,886
Asociación lineal por lineal	,393	1	,531
N de casos válidos		39	

a. 96 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,768	,868
N de casos válidos		39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Horario laboral y presión asistencial * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,082 ^a	44	,829
Razón de verosimilitudes	27,837	44	,973
Asociación lineal por lineal	,376	1	,540
N de casos válidos		40	

a. 69 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,684	,829
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Horario laboral y presión asistencial * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,594 ^a	2	,451
Razón de verosimilitudes	1,940	2	,379
Asociación lineal por lineal	,218	1	,640
N de casos válidos		40	

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,196	,451
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Horario laboral y presión asistencial * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,987 ^a	2	,610
Razón de verosimilitudes	1,027	2	,598
Asociación lineal por lineal	,499	1	,480
N de casos válidos		40	

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,155	,610
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Horario laboral y presión asistencial * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,087 ^a	48	,750
Razón de verosimilitudes	35,788	48	,903
Asociación lineal por lineal	,082	1	,775
N de casos válidos		40	

a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,712	,750
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Honorarios profesionales * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,391 ^a	44	,336
Razón de verosimilitudes	55,677	44	,111
Asociación lineal por lineal	3,851	1	,050
N de casos válidos		40	

a. 69 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,736	,336
N de casos válidos		40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Honorarios profesionales * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,886 ^a	2	,236
Razón de verosimilitudes	2,901	2	,234
Asociación lineal por lineal	,406	1	,524
N de casos válidos		40	

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,40.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,259	,236
N de casos válidos		40	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Honorarios profesionales * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,186 ^a	2	,335
Razón de verosimilitudes	3,126	2	,210
Asociación lineal por lineal	,928	1	,335
N de casos válidos			

- a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,83.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,228	,335
N de casos válidos		40	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Honorarios profesionales * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,848 ^a	48	,231
Razón de verosimilitudes	63,627	48	,065
Asociación lineal por lineal	2,314	1	,128
N de casos válidos			

- a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,28.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,760	,231
N de casos válidos		40	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Carrera profesional * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,819 ^a	66	,690
Razón de verosimilitudes	58,612	66	,729
Asociación lineal por lineal	,178	1	,673
N de casos válidos			

- a. 92 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,778	,690
N de casos válidos		39	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Carrera profesional * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,720 ^a	3	,633
Razón de verosimilitudes	2,068	3	,558
Asociación lineal por lineal	,209	1	,648
N de casos válidos	39		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,41.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,205	,633
N de casos válidos	39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Carrera profesional * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,944 ^a	3	,815
Razón de verosimilitudes	1,356	3	,716
Asociación lineal por lineal	,887	1	,346
N de casos válidos	39		

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,154	,815
N de casos válidos	39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Carrera profesional * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,313 ^a	72	,467
Razón de verosimilitudes	63,110	72	,763
Asociación lineal por lineal	,214	1	,643
N de casos válidos	39		

a. 100 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,806	,467
N de casos válidos	39	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Organización del Servicio * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,492 ^a	66	,905
Razón de verosimilitudes	44,043	66	,983
Asociación lineal por lineal	3,041	1	,081
N de casos válidos	40		

a. 92 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,750	,905
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Organización del Servicio * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,222 ^a	3	,528
Razón de verosimilitudes	2,561	3	,464
Asociación lineal por lineal	,030	1	,862
N de casos válidos	40		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,229	,528
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Organización del Servicio * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,287 ^a	3	,732
Razón de verosimilitudes	1,490	3	,685
Asociación lineal por lineal	,026	1	,872
N de casos válidos	40		

a. 6 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,177	,732
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Organización del Servicio * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	70,476 ^a	72	,529
Razón de verosimilitudes	55,134	72	,930
Asociación lineal por lineal	4,453	1	,035
N de casos válidos	40		

a. 100 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,799	,529
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Presión de la administración respecto al gasto * Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,041 ^a	44	,599
Razón de verosimilitudes	46,038	44	,388
Asociación lineal por lineal	,079	1	,779
N de casos válidos	40		

a. 69 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,712	,599
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Presión de la administración respecto al gasto * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,031 ^a	2	,985
Razón de verosimilitudes	,031	2	,985
Asociación lineal por lineal	,010	1	,922
N de casos válidos	40		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,80.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,028	,985
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Presión de la administración respecto al gasto * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,323 ^a	2	,516
Razón de verosimilitudes	1,979	2	,372
Asociación lineal por lineal	1,257	1	,262
N de casos válidos	40		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,53.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,179	,516
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Presión de la administración respecto al gasto * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58,807 ^a	48	,136
Razón de verosimilitudes	60,581	48	,105
Asociación lineal por lineal	,185	1	,667
N de casos válidos	40		

a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,771	,136
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Historia clínica y su seguridad * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,183 ^a	66	,772
Razón de verosimilitudes	61,721	66	,626
Asociación lineal por lineal	1,044	1	,307
N de casos válidos	40		

a. 92 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,767	,772
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Historia clínica y su seguridad * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,881 ^a	3	,275
Razón de verosimilitudes	4,618	3	,202
Asociación lineal por lineal	,143	1	,705
N de casos válidos	40		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,80.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,297	,275
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Historia clínica y su seguridad * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,968 ^a	3	,809
Razón de verosimilitudes	,950	3	,813
Asociación lineal por lineal	,070	1	,792
N de casos válidos	40		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,154	,809
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Historia clínica y su seguridad * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,614 ^a	72	,458
Razón de verosimilitudes	70,039	72	,543
Asociación lineal por lineal	2,143	1	,143
N de casos válidos	40		

a. 100 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,803	,458
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Respaldo jurídico de la Administración * Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,578 ^a	44	,294
Razón de verosimilitudes	44,710	44	,442
Asociación lineal por lineal	2,320	1	,128
N de casos válidos	40		

a. 69 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,741	,294
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Respaldo jurídico de la Administración * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,056 ^a	2	,358
Razón de verosimilitudes	2,043	2	,360
Asociación lineal por lineal	2,003	1	,157
N de casos válidos	40		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,20.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,221	,358
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Respaldo jurídico de la Administración * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,264 ^a	2	,876
Razón de verosimilitudes	,488	2	,783
Asociación lineal por lineal	,108	1	,742
N de casos válidos	40		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,22.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,081	,876
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Respaldo jurídico de la Administración * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,267 ^a	48	,219
Razón de verosimilitudes	45,390	48	,580
Asociación lineal por lineal	,356	1	,551
N de casos válidos	40		

a. 75 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,762	,219
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Relación con la Industria Farmacéutica * Edad

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,587 ^a	66	,816
Razón de verosimilitudes	57,052	66	,776
Asociación lineal por lineal	,058	1	,810
N de casos válidos	40		

a. 92 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,763	,816
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Relación con la Industria Farmacéutica * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,759 ^a	3	,859
Razón de verosimilitudes	1,114	3	,774
Asociación lineal por lineal	,068	1	,795
N de casos válidos	40		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,40.

Medidas simétricas		
	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,136	,859
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Relación con la Industria Farmacéutica * Puesto de trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,304 ^a	3	,728
Razón de verosimilitudes	2,074	3	,557
Asociación lineal por lineal	1,100	1	,294
N de casos válidos	40		

a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,178	,728
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19-Relación con la Industria Farmacéutica * Años ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,437 ^a	72	,463
Razón de verosimilitudes	63,644	72	,748
Asociación lineal por lineal	,041	1	,839
N de casos válidos	40		

a. 100 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,803	,463
N de casos válidos	40	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

ENCUESTA 2

TABLAS DE CONTINGENCIA

Resumen del procesamiento de los casos

	Casos					
	Válidos		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
p5 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p5 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p5 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p5 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p6 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p6 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p6 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p6 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p7 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p7 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p7 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p7 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p8 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p8 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p8 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p8 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p9 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p9 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p9 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p9 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p10 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p10 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p10 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p10 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p11 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p11 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p11 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p11 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p12 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p12 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p12 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p12 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p13 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p13 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p13 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p13 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p14 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p14 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p14 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p14 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p15 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p15 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p15 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p15 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p16 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p16 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p16 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p16 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p17 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p17 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p17 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p17 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p18 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p18 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p18 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p18 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p19 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p19 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p19 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%

Resumen del procesamiento de los casos

p19 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p20 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p20 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p20 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p20 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p21 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p21 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p21 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p21 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p22 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p22 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p22 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p22 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p23 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p23 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p23 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p23 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p24 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p24 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p24 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p24 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p25 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p25 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p25 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p25 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p26 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p26 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p26 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p26 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p27 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p27 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p27 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p27 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p28 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p28 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p28 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p28 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p29 * Edad	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p29 * Sexo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p29 * Puesto_de_trabajo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p29 * Años_ejercicio	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p30 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p30 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p30 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p30 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p31 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p31 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p31 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p31 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p32 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p32 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p32 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p32 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p33 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p33 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p33 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p33 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p34 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p34 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p34 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p34 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p35 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p35 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p35 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p35 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p36 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p36 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p36 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p36 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p37 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%

Resumen del procesamiento de los casos

p37 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p37 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p37 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p38 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p38 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p38 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p38 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p39 * Edad	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p39 * Sexo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p39 * Puesto_de_trabajo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p39 * Años_ejercicio	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p40 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p40 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p40 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p40 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p41 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p41 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p41 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p41 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p42 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p42 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p42 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p42 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p43 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p43 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p43 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p43 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p44 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p44 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p44 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p44 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p45 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p45 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p45 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p45 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p46 * Edad	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p46 * Sexo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p46 * Puesto_de_trabajo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p46 * Años_ejercicio	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p47 * Edad	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p47 * Sexo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p47 * Puesto_de_trabajo	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p47 * Años_ejercicio	38	100,0%	0	0,0%	38	100,0%
p48 * Edad	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p48 * Sexo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p48 * Puesto_de_trabajo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p48 * Años_ejercicio	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p49 * Edad	36	94,7%	2	5,3%	38	100,0%
p49 * Sexo	36	94,7%	2	5,3%	38	100,0%
p49 * Puesto_de_trabajo	36	94,7%	2	5,3%	38	100,0%
p49 * Años_ejercicio	36	94,7%	2	5,3%	38	100,0%
p50 * Edad	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p50 * Sexo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p50 * Puesto_de_trabajo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p50 * Años_ejercicio	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p51 * Edad	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p51 * Sexo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p51 * Puesto_de_trabajo	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%
p51 * Años_ejercicio	37	97,4%	1	2,6%	38	100,0%

p5 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	38

a. No se calculará ningún estadístico porque p5 es una constante.

Medidas simétricas

	Valor
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	. ^a
N de casos válidos	38

a. No se calculará ningún estadístico porque p5 es una constante.

p5 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	38

a. No se calculará ningún estadístico porque p5 es una constante.

Medidas simétricas

	Valor
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	. ^a
N de casos válidos	38

a. No se calculará ningún estadístico porque p5 es una constante.

p5 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	38

a. No se calculará ningún estadístico porque p5 es una constante.

Medidas simétricas

	Valor
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	. ^a
N de casos válidos	38

a. No se calculará ningún estadístico porque p5 es una constante.

p5 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	38

a. No se calculará ningún estadístico porque p5 es una constante.

Medidas simétricas

	Valor
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	. ^a
N de casos válidos	38

a. No se calculará ningún estadístico porque p5 es una constante.

p6 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,790 ^a	42	,123
Razón de verosimilitudes	25,228	42	,981
Asociación lineal por lineal	6,137	1	,013
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,763	,123
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p6 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,786 ^a	2	,091
Razón de verosimilitudes	4,989	2	,083
Asociación lineal por lineal	4,617	1	,032
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,334	,091
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p6 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,065 ^a	4	,397
Razón de verosimilitudes	4,301	4	,367
Asociación lineal por lineal	2,466	1	,116
N de casos válidos	38		

- a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,311	,397
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p6 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	36,504 ^a	42	,710
Razón de verosimilitudes	25,228	42	,981
Asociación lineal por lineal	6,112	1	,013
N de casos válidos	38		

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,700	,710
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p7 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,122 ^a	21	,337
Razón de verosimilitudes	20,090	21	,516
Asociación lineal por lineal	1,299	1	,254
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,615	,337
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p7 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,025 ^a	1	,875		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,024	1	,876		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,619
Asociación lineal por lineal	,024	1	,877		
N de casos válidos	38				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,84.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,025	,875
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p7 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,056 ^a	2	,358
Razón de verosimilitudes	2,149	2	,341
Asociación lineal por lineal	1,132	1	,287
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,39.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,227	,358
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p7 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,413 ^a	21	,746
Razón de verosimilitudes	15,224	21	,812
Asociación lineal por lineal	3,479	1	,062
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,549	,746
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p8 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,897 ^a	42	,608
Razón de verosimilitudes	40,540	42	,535
Asociación lineal por lineal	,095	1	,758
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,711	,608
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p8 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,813 ^a	2	,245
Razón de verosimilitudes	2,728	2	,256
Asociación lineal por lineal	1,513	1	,219
N de casos válidos	38		

- a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,47.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,263	,245
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p8 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,741 ^a	4	,946
Razón de verosimilitudes	1,026	4	,906
Asociación lineal por lineal	,013	1	,908
N de casos válidos	38		

- a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,138	,946
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p8 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,857 ^a	42	,189
Razón de verosimilitudes	44,359	42	,373
Asociación lineal por lineal	,045	1	,832
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,753	,189
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p9 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,778 ^a	21	,999
Razón de verosimilitudes	4,245	21	1,000
Asociación lineal por lineal	,821	1	,365
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,389	,999
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p9 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,599 ^a	1	,439		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,935	1	,334		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,632
Asociación lineal por lineal	,583	1	,445		
N de casos válidos	38				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,125	,439
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p9 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,982 ^a	2	,003
Razón de verosimilitudes	5,430	2	,066
Asociación lineal por lineal	,496	1	,481
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,490	,003
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p9 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,982 ^a	21	,940
Razón de verosimilitudes	5,430	21	1,000
Asociación lineal por lineal	1,029	1	,310
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,490	,940
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p10 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,890 ^a	42	,036
Razón de verosimilitudes	28,144	42	,950
Asociación lineal por lineal	,753	1	,385
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,782	,036
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p10 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,156 ^a	2	,125
Razón de verosimilitudes	6,156	2	,046
Asociación lineal por lineal	1,629	1	,202
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,314	,125
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p10 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,538 ^a	4	,820
Razón de verosimilitudes	1,529	4	,821
Asociación lineal por lineal	,415	1	,519
N de casos válidos		38	

- a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,197	,820
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p10 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,843 ^a	42	,954
Razón de verosimilitudes	22,461	42	,994
Asociación lineal por lineal	,828	1	,363
N de casos válidos		38	

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,650	,954
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p11 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,501 ^a	21	,188
Razón de verosimilitudes	36,479	21	,019
Asociación lineal por lineal	2,973	1	,085
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,47.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,641	,188
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p11 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,849 ^a	1	,357		
Corrección por continuidad ^b	,342	1	,559		
Razón de verosimilitudes	,851	1	,356		
Estadístico exacto de Fisher				,503	,279
Asociación lineal por lineal	,827	1	,363		
N de casos válidos	38				

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 6,63.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,148	,357
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p11 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,383 ^a	2	,112
Razón de verosimilitudes	4,770	2	,092
Asociación lineal por lineal	4,262	1	,039
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,42.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,322	,112
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p11 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,827 ^a	21	,301
Razón de verosimilitudes	32,660	21	,050
Asociación lineal por lineal	2,789	1	,095
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,621	,301
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,486 ^a	21	,618
Razón de verosimilitudes	6,476	21	,999
Asociación lineal por lineal	2,147	1	,143
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,572	,618
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,599 ^a	1	,439		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,935	1	,334		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,632
Asociación lineal por lineal	,583	1	,445		
N de casos válidos	38				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,125	,439
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,367 ^a	2	,832
Razón de verosimilitudes	,620	2	,733
Asociación lineal por lineal	,325	1	,569
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,098	,832
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p12 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,486 ^a	21	,618
Razón de verosimilitudes	6,476	21	,999
Asociación lineal por lineal	2,501	1	,114
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,572	,618
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p13 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,228 ^a	42	,981
Razón de verosimilitudes	10,667	42	1,000
Asociación lineal por lineal	,374	1	,541
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,632	,981
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p13 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,306 ^a	2	,316
Razón de verosimilitudes	2,924	2	,232
Asociación lineal por lineal	,455	1	,500
N de casos válidos	38		

- a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,239	,316
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p13 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,754 ^a	4	,945
Razón de verosimilitudes	1,261	4	,868
Asociación lineal por lineal	,641	1	,423
N de casos válidos	38		

- a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,139	,945
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p13 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	30,435 ^a	42	,908
Razón de verosimilitudes	11,852	42	1,000
Asociación lineal por lineal	,754	1	,385
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,667	,908
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p14 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,832 ^a	21	,118
Razón de verosimilitudes	17,171	21	,701
Asociación lineal por lineal	1,885	1	,170
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,657	,118
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p14 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,017 ^a	1	,896	1,000	,698
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,017	1	,895		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,017	1	,897		
N de casos válidos	38				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,11.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,021	,896
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p14 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,571 ^a	2	,000
Razón de verosimilitudes	8,543	2	,014
Asociación lineal por lineal	,248	1	,619
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,539	,000
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p14 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,248 ^a	21	,281
Razón de verosimilitudes	15,445	21	,800
Asociación lineal por lineal	1,041	1	,308
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,624	,281
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p15 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,158 ^a	42	,157
Razón de verosimilitudes	46,558	42	,290
Asociación lineal por lineal	1,193	1	,275
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,757	,157
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p15 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,588 ^a	2	,061
Razón de verosimilitudes	5,729	2	,057
Asociación lineal por lineal	,178	1	,673
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,84.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,358	,061
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p15 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,811 ^a	4	,590
Razón de verosimilitudes	3,974	4	,410
Asociación lineal por lineal	,151	1	,697
N de casos válidos	38		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,39.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,262	,590
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p15 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,677 ^a	42	,322
Razón de verosimilitudes	41,012	42	,514
Asociación lineal por lineal	1,854	1	,173
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,739	,322
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p16 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	61,506 ^a	63	,530
Razón de verosimilitudes	53,456	63	,799
Asociación lineal por lineal	1,811	1	,178
N de casos válidos		38	

- a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,786	,530
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p16 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,350 ^a	3	,503
Razón de verosimilitudes	2,641	3	,450
Asociación lineal por lineal	,158	1	,691
N de casos válidos		38	

- a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,241	,503
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p16 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,567 ^a	6	,005
Razón de verosimilitudes	12,090	6	,060
Asociación lineal por lineal	,315	1	,575
N de casos válidos	38		

a. 10 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,573	,005
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p16 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,639 ^a	63	,821
Razón de verosimilitudes	44,092	63	,966
Asociación lineal por lineal	,356	1	,551
N de casos válidos	38		

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,762	,821
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,228 ^a	42	,981
Razón de verosimilitudes	10,667	42	1,000
Asociación lineal por lineal	,629	1	,428
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,632	,981
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,619 ^a	2	,164
Razón de verosimilitudes	4,187	2	,123
Asociación lineal por lineal	3,154	1	,076
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,295	,164
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,754 ^a	4	,945
Razón de verosimilitudes	1,261	4	,868
Asociación lineal por lineal	,598	1	,439
N de casos válidos	38		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,139	,945
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p17 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,472 ^a	42	,067
Razón de verosimilitudes	15,671	42	1,000
Asociación lineal por lineal	,965	1	,326
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,773	,067
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,832 ^a	21	,118
Razón de verosimilitudes	17,171	21	,701
Asociación lineal por lineal	2,267	1	,132
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,657	,118
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,245 ^a	1	,264		
Corrección por continuidad ^b	,242	1	,623		
Razón de verosimilitudes	1,193	1	,275		
Estadístico exacto de Fisher				,542	,302
Asociación lineal por lineal	1,212	1	,271		
N de casos válidos	38				

- a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,11.
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,178	,264
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,292 ^a	2	,193
Razón de verosimilitudes	2,762	2	,251
Asociación lineal por lineal	,067	1	,796
N de casos válidos		38	

- a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,282	,193
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p18 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,124 ^a	21	,072
Razón de verosimilitudes	18,218	21	,635
Asociación lineal por lineal	1,841	1	,175
N de casos válidos		38	

- a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,671	,072
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

P19 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,886 ^a	63	,185
Razón de verosimilitudes	61,987	63	,512
Asociación lineal por lineal	1,277	1	,258
N de casos válidos	38		

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,811	,185
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,156 ^a	3	,245
Razón de verosimilitudes	5,060	3	,167
Asociación lineal por lineal	,004	1	,952
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,11.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,314	,245
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,063 ^a	6	,061
Razón de verosimilitudes	11,706	6	,069
Asociación lineal por lineal	1,530	1	,216
N de casos válidos	38		

a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,491	,061
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p19 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,450 ^a	63	,851
Razón de verosimilitudes	49,850	63	,886
Asociación lineal por lineal	1,738	1	,187
N de casos válidos	38		

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,758	,851
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p20 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	77,127 ^a	63	,109
Razón de verosimilitudes	76,423	63	,119
Asociación lineal por lineal	,362	1	,547
N de casos válidos	38		

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,818	,109
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p20 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,680 ^a	3	,197
Razón de verosimilitudes	5,288	3	,152
Asociación lineal por lineal	2,663	1	,103
N de casos válidos	38		

- a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,58.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,331	,197
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p20 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,882 ^a	6	,824
Razón de verosimilitudes	3,317	6	,768
Asociación lineal por lineal	1,329	1	,249
N de casos válidos	38		

- a. 8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,266	,824
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p20 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	65,737 ^a	63	,382
Razón de verosimilitudes	67,425	63	,328
Asociación lineal por lineal	,304	1	,582
N de casos válidos	38		

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,796	,382
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p21 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,170 ^a	42	,800
Razón de verosimilitudes	34,576	42	,785
Asociación lineal por lineal	,002	1	,968
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,688	,800
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p21 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,917 ^a	2	,019
Razón de verosimilitudes	11,200	2	,004
Asociación lineal por lineal	6,838	1	,009
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,47.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,415	,019
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p21 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,109 ^a	4	,130
Razón de verosimilitudes	7,834	4	,098
Asociación lineal por lineal	,346	1	,556
N de casos válidos	38		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,397	,130
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p21 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,406 ^a	42	,095
Razón de verosimilitudes	42,893	42	,433
Asociación lineal por lineal	,130	1	,719
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,767	,095
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p22 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,875 ^a	63	,285
Razón de verosimilitudes	63,928	63	,444
Asociación lineal por lineal	,577	1	,448
N de casos válidos	38		

- a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,803	,285
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p22 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,016 ^a	3	,171
Razón de verosimilitudes	5,333	3	,149
Asociación lineal por lineal	,814	1	,367
N de casos válidos	38		

- a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,84.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,341	,171
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p22 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,850 ^a	6	,335
Razón de verosimilitudes	8,196	6	,224
Asociación lineal por lineal	2,692	1	,101
N de casos válidos	38		

a. 9 casillas (75,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,39.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,391	,335
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p22 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58,573 ^a	63	,635
Razón de verosimilitudes	59,430	63	,604
Asociación lineal por lineal	1,516	1	,218
N de casos válidos	38		

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,779	,635
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p23 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	89,194 ^a	63	,017
Razón de verosimilitudes	54,631	63	,765
Asociación lineal por lineal	,013	1	,909
N de casos válidos	38		

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,837	,017
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p23 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,195 ^a	3	,158
Razón de verosimilitudes	5,453	3	,141
Asociación lineal por lineal	4,389	1	,036
N de casos válidos	38		

- a. 5 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,347	,158
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p23 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,560 ^a	6	,364
Razón de verosimilitudes	7,410	6	,285
Asociación lineal por lineal	3,023	1	,082
N de casos válidos	38		

- a. 10 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,384	,364
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p23 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,678 ^a	63	,763
Razón de verosimilitudes	47,360	63	,929
Asociación lineal por lineal	,209	1	,648
N de casos válidos	38		

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,768	,763
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p24 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,521 ^a	42	,198
Razón de verosimilitudes	41,847	42	,478
Asociación lineal por lineal	,015	1	,903
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,752	,198
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p24 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,568 ^a	2	,168
Razón de verosimilitudes	3,613	2	,164
Asociación lineal por lineal	,843	1	,359
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,293	,168
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p24 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,276 ^a	4	,865
Razón de verosimilitudes	2,025	4	,731
Asociación lineal por lineal	,007	1	,936
N de casos válidos	38		

- a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,180	,865
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p24 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,304 ^a	42	,082
Razón de verosimilitudes	43,399	42	,412
Asociación lineal por lineal	,034	1	,854
N de casos válidos	38		

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,770	,082
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p25 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,464 ^a	42	,538
Razón de verosimilitudes	41,608	42	,488
Asociación lineal por lineal	1,060	1	,303
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,718	,538
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p25 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,371 ^a	2	,185
Razón de verosimilitudes	3,860	2	,145
Asociación lineal por lineal	1,972	1	,160
N de casos válidos	38		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,58.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,285	,185
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p25 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,506 ^a	4	,826
Razón de verosimilitudes	2,072	4	,722
Asociación lineal por lineal	,001	1	,974
N de casos válidos	38		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,55.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,195	,826
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p25 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,292 ^a	42	,205
Razón de verosimilitudes	52,698	42	,125
Asociación lineal por lineal	,658	1	,417
N de casos válidos		38	

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,751	,205
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p26 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,972 ^a	21	,141
Razón de verosimilitudes	29,749	21	,097
Asociación lineal por lineal	1,319	1	,251
N de casos válidos		38	

- a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,21.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,651	,141
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p26 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,867 ^a	1	,090		
Corrección por continuidad ^b	1,640	1	,200		
Razón de verosimilitudes	2,779	1	,095		
Estadístico exacto de Fisher				,117	,102
Asociación lineal por lineal	2,792	1	,095		
N de casos válidos	38				

a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,95.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,265	,090
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p26 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,255 ^a	2	,534
Razón de verosimilitudes	1,881	2	,390
Asociación lineal por lineal	,624	1	,429
N de casos válidos	38		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,63.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,179	,534
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p26 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	27,170 ^a	21	,165
Razón de verosimilitudes	28,564	21	,125
Asociación lineal por lineal	1,716	1	,190
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,21.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,646	,165
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p27 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,032 ^a	42	,995
Razón de verosimilitudes	17,456	42	1,000
Asociación lineal por lineal	,085	1	,771
N de casos válidos		38	

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,606	,995
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p27 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,168 ^a	2	,919
Razón de verosimilitudes	,163	2	,922
Asociación lineal por lineal	,114	1	,735
N de casos válidos		38	

- a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,74.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,066	,919
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p27 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,056 ^a	4	,725
Razón de verosimilitudes	3,316	4	,506
Asociación lineal por lineal	,064	1	,801
N de casos válidos	38		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,227	,725
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p27 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,758 ^a	42	,397
Razón de verosimilitudes	24,727	42	,984
Asociación lineal por lineal	,163	1	,686
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,732	,397
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p28 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,778 ^a	42	,525
Razón de verosimilitudes	31,499	42	,882
Asociación lineal por lineal	,206	1	,650
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,719	,525
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p28 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,969 ^a	2	,031
Razón de verosimilitudes	7,258	2	,027
Asociación lineal por lineal	5,528	1	,019
N de casos válidos		38	

- a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,394	,031
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p28 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,065 ^a	4	,547
Razón de verosimilitudes	4,816	4	,307
Asociación lineal por lineal	2,603	1	,107
N de casos válidos		38	

- a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,273	,547
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p28 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,401 ^a	42	,018
Razón de verosimilitudes	32,684	42	,848
Asociación lineal por lineal	,422	1	,516
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,791	,018
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p29 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,986 ^a	20	,588
Razón de verosimilitudes	6,422	20	,998
Asociación lineal por lineal	2,275	1	,132
N de casos válidos	37		

a. 42 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,572	,588
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p29 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,557 ^a	1	,456		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,881	1	,348		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,649
Asociación lineal por lineal	,542	1	,462		
N de casos válidos	37				

- a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,122	,456
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p29 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,310 ^a	2	,070
Razón de verosimilitudes	3,788	2	,150
Asociación lineal por lineal	4,497	1	,034
N de casos válidos		37	

- a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,354	,070
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p29 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,986 ^a	20	,588
Razón de verosimilitudes	6,422	20	,998
Asociación lineal por lineal	2,770	1	,096
N de casos válidos		37	

- a. 42 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,572	,588
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p30 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,529 ^a	21	,370
Razón de verosimilitudes	26,799	21	,178
Asociación lineal por lineal	,135	1	,713
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,610	,370
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p30 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,058 ^a	1	,809		
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,058	1	,810		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,549
Asociación lineal por lineal	,057	1	,812		
N de casos válidos	38				

- a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,68.
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,039	,809
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p30 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,540 ^a	2	,103
Razón de verosimilitudes	4,145	2	,126
Asociación lineal por lineal	2,669	1	,102
N de casos válidos	38		

- a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,79.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,327	,103
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p30 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,981 ^a	21	,460
Razón de verosimilitudes	24,934	21	,250
Asociación lineal por lineal	,034	1	,854
N de casos válidos	38		

- a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,596	,460
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p31 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,705 ^a	42	,077
Razón de verosimilitudes	55,721	42	,076
Asociación lineal por lineal	1,401	1	,237
N de casos válidos	38		

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,21.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,771	,077
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p31 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,005 ^a	2	,997
Razón de verosimilitudes	,005	2	,997
Asociación lineal por lineal	,004	1	,948
N de casos válidos	38		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,95.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,012	,997
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p31 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,838 ^a	4	,585
Razón de verosimilitudes	3,924	4	,416
Asociación lineal por lineal	,102	1	,750
N de casos válidos	38		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,63.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,264	,585
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p31 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,247 ^a	42	,418
Razón de verosimilitudes	45,677	42	,322
Asociación lineal por lineal	4,197	1	,041
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,21.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,730	,418
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p32 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	38

- a. No se calculará ningún estadístico porque p32 es una constante.

Medidas simétricas

		Valor
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	. ^a
N de casos válidos		38

- a. No se calculará ningún estadístico porque p32 es una constante.

p32 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	38

- a. No se calculará ningún estadístico porque p32 es una constante.

Medidas simétricas

		Valor
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	. ^a
N de casos válidos		38

- a. No se calculará ningún estadístico porque p32 es una constante.

p32 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	38

- a. No se calculará ningún estadístico porque p32 es una constante.

Medidas simétricas

		Valor
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	. ^a
N de casos válidos		38

a. No se calculará ningún estadístico porque p32 es una constante.

p32 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	. ^a
N de casos válidos	38

a. No se calculará ningún estadístico porque p32 es una constante.

Medidas simétricas

		Valor
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	. ^a
N de casos válidos		38

a. No se calculará ningún estadístico porque p32 es una constante.

p33 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,263 ^a	42	,759
Razón de verosimilitudes	33,322	42	,828
Asociación lineal por lineal	,003	1	,958
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,694	,759
N de casos válidos		38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p33 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,350 ^a	2	,509
Razón de verosimilitudes	1,700	2	,428
Asociación lineal por lineal	,378	1	,539
N de casos válidos	38		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,185	,509
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p33 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,274 ^a	4	,015
Razón de verosimilitudes	5,811	4	,214
Asociación lineal por lineal	,007	1	,932
N de casos válidos	38		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,494	,015
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p33 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,456 ^a	42	,539
Razón de verosimilitudes	32,642	42	,849
Asociación lineal por lineal	,013	1	,909
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,718	,539
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p34 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,119 ^a	42	,423
Razón de verosimilitudes	39,555	42	,579
Asociación lineal por lineal	,050	1	,822
N de casos válidos		38	

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,729	,423
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p34 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,973 ^a	2	,373
Razón de verosimilitudes	2,261	2	,323
Asociación lineal por lineal	,971	1	,324
N de casos válidos		38	

- a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,222	,373
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p34 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,327 ^a	4	,676
Razón de verosimilitudes	2,595	4	,628
Asociación lineal por lineal	2,148	1	,143
N de casos válidos	38		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,240	,676
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p34 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,119 ^a	42	,423
Razón de verosimilitudes	39,555	42	,579
Asociación lineal por lineal	,010	1	,920
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,729	,423
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
- b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p35 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,427 ^a	21	,375
Razón de verosimilitudes	16,751	21	,726
Asociación lineal por lineal	1,283	1	,257
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,609	,375
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p35 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,608 ^a	1	,106		
Corrección por continuidad ^b	1,138	1	,286		
Razón de verosimilitudes	3,947	1	,047		
Estadístico exacto de Fisher				,276	,144
Asociación lineal por lineal	2,539	1	,111		
N de casos válidos	38				

- a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,47.
 b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,253	,106
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p35 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,459 ^a	2	,795
Razón de verosimilitudes	,764	2	,682
Asociación lineal por lineal	,020	1	,889
N de casos válidos	38		

- a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,109	,795
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p35 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,217 ^a	21	,976
Razón de verosimilitudes	10,526	21	,971
Asociación lineal por lineal	1,512	1	,219
N de casos válidos	38		

a. 44 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,460	,976
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p36 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,219 ^a	42	,207
Razón de verosimilitudes	17,171	42	1,000
Asociación lineal por lineal	,947	1	,331
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,751	,207
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p36 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,882 ^a	2	,237
Razón de verosimilitudes	3,837	2	,147
Asociación lineal por lineal	,356	1	,551
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,266	,237
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p36 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,196 ^a	4	,268
Razón de verosimilitudes	4,658	4	,324
Asociación lineal por lineal	,011	1	,918
N de casos válidos	38		

- a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,347	,268
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p36 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	59,931 ^a	42	,036
Razón de verosimilitudes	19,806	42	,999
Asociación lineal por lineal	1,562	1	,211
N de casos válidos	38		

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,782	,036
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p37 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,119 ^a	63	,966
Razón de verosimilitudes	48,264	63	,915
Asociación lineal por lineal	1,585	1	,208
N de casos válidos	38		

a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,733	,966
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p37 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,965 ^a	3	,810
Razón de verosimilitudes	1,313	3	,726
Asociación lineal por lineal	,266	1	,606
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,157	,810
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p37 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,176 ^a	6	,009
Razón de verosimilitudes	11,553	6	,073
Asociación lineal por lineal	,851	1	,356
N de casos válidos	38		

a. 10 casillas (83,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,558	,009
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p37 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,017 ^a	63	,476
Razón de verosimilitudes	52,083	63	,835
Asociación lineal por lineal	1,345	1	,246
N de casos válidos	38		

- a. 88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,790	,476
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p38 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,611 ^a	42	,925
Razón de verosimilitudes	35,735	42	,741
Asociación lineal por lineal	,791	1	,374
N de casos válidos	38		

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,662	,925
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p38 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,905 ^a	2	,636
Razón de verosimilitudes	1,238	2	,539
Asociación lineal por lineal	,025	1	,873
N de casos válidos	38		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,152	,636
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p38 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,021 ^a	4	,007
Razón de verosimilitudes	8,892	4	,064
Asociación lineal por lineal	,270	1	,603
N de casos válidos	38		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,519	,007
N de casos válidos	38	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p38 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,437 ^a	42	,824
Razón de verosimilitudes	35,056	42	,767
Asociación lineal por lineal	1,577	1	,209
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,684	,824
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p39 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,626 ^a	42	,170
Razón de verosimilitudes	46,792	42	,282
Asociación lineal por lineal	1,577	1	,209
N de casos válidos	37		

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,760	,170
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p39 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,190 ^a	2	,552
Razón de verosimilitudes	1,200	2	,549
Asociación lineal por lineal	,225	1	,635
N de casos válidos	37		

- a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,51.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,177	,552
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p39 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,111 ^a	4	,391
Razón de verosimilitudes	4,990	4	,288
Asociación lineal por lineal	,495	1	,482
N de casos válidos	37		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,32.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,316	,391
N de casos válidos	37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p39 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,290 ^a	40	,109
Razón de verosimilitudes	47,700	40	,188
Asociación lineal por lineal	3,953	1	,047
N de casos válidos	37		

a. 63 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,762	,109
N de casos válidos	37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p40 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,756 ^a	42	,357
Razón de verosimilitudes	50,822	42	,165
Asociación lineal por lineal	,051	1	,822
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,735	,357
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p40 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,210 ^a	2	,546
Razón de verosimilitudes	1,266	2	,531
Asociación lineal por lineal	,051	1	,822
N de casos válidos		38	

- a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,32.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,176	,546
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p40 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,032 ^a	4	,197
Razón de verosimilitudes	8,602	4	,072
Asociación lineal por lineal	2,692	1	,101
N de casos válidos		38	

- a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,71.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,370	,197
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p40 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,517 ^a	42	,536
Razón de verosimilitudes	46,323	42	,299
Asociación lineal por lineal	,069	1	,793
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,718	,536
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p41 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,483 ^a	42	,494
Razón de verosimilitudes	28,144	42	,950
Asociación lineal por lineal	1,446	1	,229
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,722	,494
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p41 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,828 ^a	2	,089
Razón de verosimilitudes	6,787	2	,034
Asociación lineal por lineal	,182	1	,670
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,336	,089
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p41 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,538 ^a	4	,820
Razón de verosimilitudes	1,529	4	,821
Asociación lineal por lineal	,004	1	,952
N de casos válidos	38		

- a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,197	,820
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p41 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,609 ^a	42	,746
Razón de verosimilitudes	22,461	42	,994
Asociación lineal por lineal	2,267	1	,132
N de casos válidos	38		

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,696	,746
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p42 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,724 ^a	42	,358
Razón de verosimilitudes	50,822	42	,165
Asociación lineal por lineal	4,890	1	,027
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,735	,358
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p42 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,359 ^a	2	,187
Razón de verosimilitudes	3,423	2	,181
Asociación lineal por lineal	3,134	1	,077
N de casos válidos	38		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,32.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,285	,187
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p42 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,067 ^a	4	,089
Razón de verosimilitudes	10,944	4	,027
Asociación lineal por lineal	,060	1	,806
N de casos válidos	38		

a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,71.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,418	,089
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p42 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,959 ^a	42	,087
Razón de verosimilitudes	58,460	42	,047
Asociación lineal por lineal	5,291	1	,021
N de casos válidos	38		

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,769	,087
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p43 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,472 ^a	42	,067
Razón de verosimilitudes	15,671	42	1,000
Asociación lineal por lineal	,193	1	,661
N de casos válidos	38		

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,773	,067
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p43 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,306 ^a	2	,316
Razón de verosimilitudes	2,924	2	,232
Asociación lineal por lineal	,703	1	,402
N de casos válidos	38		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,37.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,239	,316
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p43 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,754 ^a	4	,945
Razón de verosimilitudes	1,261	4	,868
Asociación lineal por lineal	,598	1	,439
N de casos válidos	38		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,139	,945
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p43 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,472 ^a	42	,067
Razón de verosimilitudes	15,671	42	1,000
Asociación lineal por lineal	,100	1	,752
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,773	,067
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p44 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,467 ^a	42	,752
Razón de verosimilitudes	29,382	42	,929
Asociación lineal por lineal	,215	1	,643
N de casos válidos		38	

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,695	,752
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p44 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,911 ^a	2	,052
Razón de verosimilitudes	8,561	2	,014
Asociación lineal por lineal	1,199	1	,274
N de casos válidos		38	

- a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,74.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,367	,052
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p44 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,619 ^a	4	,460
Razón de verosimilitudes	5,611	4	,230
Asociación lineal por lineal	,668	1	,414
N de casos válidos	38		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,295	,460
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p44 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	31,413 ^a	42	,884
Razón de verosimilitudes	29,244	42	,932
Asociación lineal por lineal	,382	1	,536
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,673	,884
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p45 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,875 ^a	42	,189
Razón de verosimilitudes	48,470	42	,228
Asociación lineal por lineal	1,915	1	,166
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,753	,189
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p45 * Sexo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,359 ^a	2	,187
Razón de verosimilitudes	4,305	2	,116
Asociación lineal por lineal	,019	1	,891
N de casos válidos		38	

- a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,11.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,285	,187
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p45 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,692 ^a	4	,952
Razón de verosimilitudes	,859	4	,930
Asociación lineal por lineal	,200	1	,655
N de casos válidos		38	

- a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,24.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,134	,952
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p45 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	52,154 ^a	42	,135
Razón de verosimilitudes	43,605	42	,403
Asociación lineal por lineal	,880	1	,348
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,761	,135
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p46 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,617 ^a	42	,620
Razón de verosimilitudes	44,193	42	,379
Asociación lineal por lineal	,398	1	,528
N de casos válidos	37		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,22.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,715	,620
N de casos válidos	37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p46 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,623 ^a	2	,163
Razón de verosimilitudes	3,646	2	,162
Asociación lineal por lineal	3,519	1	,061
N de casos válidos	37		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,299	,163
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p46 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,014 ^a	4	,007
Razón de verosimilitudes	12,218	4	,016
Asociación lineal por lineal	1,795	1	,180
N de casos válidos	37		

- a. 6 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,65.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,524	,007
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p46 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,613 ^a	40	,359
Razón de verosimilitudes	48,013	40	,180
Asociación lineal por lineal	,393	1	,531
N de casos válidos	37		

- a. 63 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,22.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,732	,359
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p47 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,398 ^a	42	,296
Razón de verosimilitudes	49,165	42	,208
Asociación lineal por lineal	1,417	1	,234
N de casos válidos	38		

a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,741	,296
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p47 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,014 ^a	2	,602
Razón de verosimilitudes	,994	2	,608
Asociación lineal por lineal	,626	1	,429
N de casos válidos	38		

a. 3 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,21.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,161	,602
N de casos válidos	38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p47 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,777 ^a	4	,777
Razón de verosimilitudes	2,180	4	,703
Asociación lineal por lineal	,790	1	,374
N de casos válidos	38		

a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,47.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,211	,777
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p47 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,330 ^a	42	,457
Razón de verosimilitudes	43,620	42	,402
Asociación lineal por lineal	,140	1	,708
N de casos válidos	38		

- a. 66 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,726	,457
N de casos válidos		38	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p48 * Edad**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,986 ^a	20	,588
Razón de verosimilitudes	6,422	20	,998
Asociación lineal por lineal	2,275	1	,132
N de casos válidos	37		

- a. 42 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,572	,588
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p48 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,557 ^a	1	,456	1,000	,649
Corrección por continuidad ^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	,881	1	,348		
Estadístico exacto de Fisher					
Asociación lineal por lineal	,542	1	,462		
N de casos válidos	37				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,122	,456
N de casos válidos		37	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p48 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,310 ^a	2	,070
Razón de verosimilitudes	3,788	2	,150
Asociación lineal por lineal	4,497	1	,034
N de casos válidos	37		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coefficiente de contingencia	,354	,070
N de casos válidos		37	

a. Asumiendo la hipótesis alternativa.

b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p48 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,986 ^a	20	,588
Razón de verosimilitudes	6,422	20	,998
Asociación lineal por lineal	2,770	1	,096
N de casos válidos	37		

a. 42 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,572	,588
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p49 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,807 ^a	19	,469
Razón de verosimilitudes	24,406	19	,181
Asociación lineal por lineal	2,240	1	,134
N de casos válidos	36		

- a. 40 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,36.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,586	,469
N de casos válidos		36	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p49 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,498 ^a	1	,221		
Corrección por continuidad ^b	,745	1	,388		
Razón de verosimilitudes	1,554	1	,213		
Estadístico exacto de Fisher				,292	,195
Asociación lineal por lineal	1,457	1	,227		
N de casos válidos	36				

- a. 1 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,69.
 b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,200	,221
N de casos válidos		36	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p49 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,324 ^a	2	,516
Razón de verosimilitudes	1,263	2	,532
Asociación lineal por lineal	,069	1	,793
N de casos válidos	36		

a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,08.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,188	,516
N de casos válidos	36	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p49 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,240 ^a	20	,506
Razón de verosimilitudes	25,452	20	,185
Asociación lineal por lineal	2,202	1	,138
N de casos válidos	36		

a. 42 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,36.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,590	,506
N de casos válidos	36	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p50 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,813 ^a	20	,728
Razón de verosimilitudes	21,337	20	,378
Asociación lineal por lineal	,636	1	,425
N de casos válidos	37		

a. 42 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,547	,728
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p50 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,187 ^a	1	,666		
Corrección por continuidad ^b	,007	1	,933		
Razón de verosimilitudes	,188	1	,665		
Estadístico exacto de Fisher				,739	,468
Asociación lineal por lineal	,182	1	,670		
N de casos válidos	37				

- a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 5,62.
 b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,071	,666
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p50 * Puesto_de_trabajo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,476 ^a	2	,788
Razón de verosimilitudes	,485	2	,785
Asociación lineal por lineal	,419	1	,518
N de casos válidos	37		

- a. 4 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,30.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coficiente de contingencia	,113	,788
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p50 * Años_ejercicio

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,264 ^a	20	,326
Razón de verosimilitudes	30,022	20	,069
Asociación lineal por lineal	,038	1	,845
N de casos válidos	37		

a. 42 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,43.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,613	,326
N de casos válidos	37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p51 * Edad

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,028 ^a	40	,559
Razón de verosimilitudes	33,781	40	,745
Asociación lineal por lineal	,760	1	,383
N de casos válidos	37		

a. 63 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

	Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal Coeficiente de contingencia	,712	,559
N de casos válidos	37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p51 * Sexo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,897 ^a	2	,387
Razón de verosimilitudes	2,144	2	,342
Asociación lineal por lineal	,000	1	1,000
N de casos válidos	37		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,35.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,221	,387
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p51 * Puesto_de_trabajo**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,744 ^a	4	,442
Razón de verosimilitudes	5,059	4	,281
Asociación lineal por lineal	,430	1	,512
N de casos válidos	37		

- a. 7 casillas (77,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,303	,442
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

p51 * Años_ejercicio**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	41,659 ^a	40	,398
Razón de verosimilitudes	38,508	40	,537
Asociación lineal por lineal	2,778	1	,096
N de casos válidos	37		

- a. 63 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Medidas simétricas

		Valor	Sig. aproximada
Nominal por nominal	Coeficiente de contingencia	,728	,398
N de casos válidos		37	

- a. Asumiendo la hipótesis alternativa.
 b. Empleando el error típico asintótico basado en la hipótesis nula.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ López Martín S. *Ética y Deontología Médica*. Madrid: Editorial Marban. 2011: 14
- ² López Martín S. *Ética en dermatología*. *Mas Dermatol*. 2012;18:2-4.
- ³ López Martín S, Galera Martín C , Guerra Tapia A. *Actas Dermosifiliogr*. 2013; 104(6): 480-487.
- ⁴ Beauchamp TL, Childress J F. *Principios de ética Biomédica*. 1ª ed. Barcelona. Editorial Masson 2002: 29-319
- ⁵ Simon, P. *El Consentimiento informado*. Madrid: Editorial Triacastela 2000:124-209.
- ⁶ Gracia, D. y Júdez, J., *Ética en la Práctica Clínica*. Madrid: Editorial Triacastela 2004: 84-187
- ⁷ Bellver V., *Comunicaciones sobre Fundamentación de la Bioética*. *Bioética y Constitución*. Cuadernos de Bioética. 1998; 1:516-523.
- ⁸ Sábada J. *La Ética contada con sencillez*. Madrid: Nuevas ediciones. 2004: 65-77
- ⁹ Engelhardt, H. Tristram. *Los fundamentos de la Bioética*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.; 1995: 139-350
- ¹⁰ Gracia, D. *Fundamentos de Bioética*. Madrid: Editorial Triacastela. 2008: 17-292
- ¹¹ National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *Informe Belmont*, DHEW Publication No.(OS) 78-0012; 1978: 4
- ¹² López, M., *Aspectos Éticos y Legales del Consentimiento Informado en Anestesiología*. Estudio en el Complejo Hospitalario de Toledo [Tesis Doctoral]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2011: 52-115
- ¹³ Gracia, D., *Como Arqueros al Blanco*. *Estudios de Bioética*. Madrid: Editorial Triacastela. 2004: 83
- ¹⁴ Peiró, F., *Manual de Deontología Médica*. Madrid. Editorial Estades. 1944: 11.
- ¹⁵ Consejo General de Colegios de Médicos. *Código de Ética y Deontología Médica*; 2011: 3
- ¹⁶ *Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua*. XXII Edición. www.rae.es.
- ¹⁷ Instrumento de ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), firmado en Oviedo el 4 de abril de 1997. BOE nº 251 de 20 de octubre de 1999.
- ¹⁸ García Ortega C, Cózar Murillo V, Almenara Barrios J. *Rev Esp Salud Publica*. 2004;78: 4-473
- ¹⁹ Boletín Oficial del Estado. *Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del ser Humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina*. BOE de 20-X-1999, pag 36826.

²⁰ Bellver V. Comunicaciones sobre fundamentación de la bioética. *Bioética y Constitución. Cuad Bioética*. 1998; 1: 516-523

²¹ Bellver V. Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España. *Cuad bioética*. 2006;17: 11-26

²² Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica. BOE 274. Viernes 15 de Noviembre de 2002. 40126-32

²³ Diario Oficial de Castilla –La Mancha. Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre Derechos y Deberes en Materia de Salud de Castilla –La Mancha, Cortes de Castilla –La Mancha. Diario Oficial de Castilla – La Mancha. 24 de Junio de 2010. 32479-32483

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

- Baumann L. Ethics in cosmetic dermatology. *Clinics in Dermatologu*. 2012; 30(5): 522-527.
- Bellver V. Comunicaciones sobre fundamentación de la bioética. *Bioética y Constitución. Cuad Bioética*. 1998; 1: 516-523
- Bellver V. Una aproximación a la regulación de los derechos de los pacientes en España. *Cuad Bioética*. 2006; 17: 11-26.
- Cantero Martínez J. *La autonomía del paciente*. Albacete: Editorial Bomarzo; 2005.
- Cantor J. Cosmetic Dermatology and Physicians Ethical Obligations: More Than Just Hope in a Jar. *Semin Cutan Med Surg*. 2005; 24(3): 155-60
- Crespo López E. Estudio médico legal, deontológico y jurisprudencia del Consentimiento Informado en Especialidades médicas [Tesis doctoral]. Valladolid: Universidad de Valladolid;2001
- Farreras Valenti P y Rozman C. *Medicina Interna*. Madrid: Editorial Marín S.A. Vol 1. 15a ed. Madrid; 2004
- Fontanella D, Grant-Kels JM, Patel T, Norman R. Ethical issues in geriatric dermatology. *Clinics in Dermatology*. 2012; 30(50): 511-515
- Galán Cortés JC. *Responsabilidad Médica y Consentimiento Informado*. Madrid: Editorial Civitas;2001
- García Ortega C, Cozar Murillo V, Almenara Barrios J. La autonomía del paciente y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Rev Esp Salud Pública* 2004; 78: 469-479.
- Goldberg DJ. Cosmetic Dermatology: Legal Issues. *Dermatology: Legal Issues. Dermatol clin*. 2009; 27: 501-505
- Gracia Guillen D. *El orden médico. La Ética Médica de Thomas Percival*. Editorial Asclepio. 1983;35:227-255
- Grant-Kels JM, Kels BD. The empty specimen bottle: legal, moral and ethical considerations for the dermatologist. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 65(3): 621-3
- Grant-Kels JM. Commentary: Ethics in the Dermatology Clinic: Part II. *Clinics in Dermatology*. 2012; 30(5): 469-470
- Greenberg RD. The American Academy of Dermatology Ethics Committee: how it works and what you need to know. *Clin Dermatol*. 2009; 27(4): 331-5
- Gross EA. Cosmetic surgery for aging is not inherently immoral (letter). *Arch Dermatol*. 1998; 134: 1294-
- Guerra F. *Historia de la Medicina*. Madrid 3ª Ed.: Ediciones Norma-Capitel; 2007
- Hansra NK, Shinkai K, Fox LP. Ethical issues in impatient consultative dermatology. *Clinics in Dermatology*. 2012; 30(5): 496-500

- Hedge HP, Grant-Kels JM. Ethical issues in cutaneous melanoma. *Clinics in dermatology*. 2012; 30(50): 501-510.
- Holmes WD, Whalen JD. Ethical dilemmas in dermatologic surgery. *Clinics in Dermatology*. 2012; 30(5): 482-485.
- Hyman DA. Aesthetics and ethics: the implications of Cosmetic Surgery. *Perspectives in Biology and Medicine*. 1990; 33(2): 190-202.
- Kelly III JB, Makkar HS. Ethics in pediatric dermatology. *Clinics in Dermatology*. 2012; 30(5): 471-475.
- Lain Entralgo P. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat Editores S.A.; 1982.
- Lakdawala N, Fontanella D, Grant-Kels JM. Ethical considerations in dermatologic photography. *Clinics in Dermatology*. 2012; 30(50): 486-491.
- Lindeman M. *Medicina y Sociedad en la Europa Moderna. Del 1500 al 1800*. 1ª Ed. Madrid: Siglo XXI de España Editores S.A.; 2001.
- López de la Vieja MT, y otros. *Bioética. Entre la Medicina y la Ética*. Salamanca: Ed. Universidad de Salamanca; 2005
- Lyons AS, Petrucelli RJ y col. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Ediciones Doyma S.A.; 1980.
- Mainetti JA. *Ética Médica. Introducción Histórica*. La Plata: Editorial Quirón; 1989.
- Martín Mateo R. *Bioética y Derecho*. Barcelona: Editorial Ariel; 1987
- Mascaro JM. La ética y la estética en dermatología cosmética (Soliloquio sobre normas y derechos a una juventud aparente). *Actas Dermo-Sifilográficas*. 2001; 92(3): 124-126.
- Mendoza Romo MA, Nava Zarate N, Escalante Pulido JM. Aspectos éticos y legales del consentimiento informado en la práctica e investigación médica. *Gaceta Médica de México*. 2003; 139: 184-187.
- Muñoz Yerro LA. *Código de Deontología Médica*. Madrid: Ediciones Fax; 1942
- Newburger AE, Caplan AL. Taking Ethics Seriously in Cosmetic Dermatology. *Arch Dermatol*. 2006; 142: 1641-1642.
- Ocampo Martínez J. La bioética y la crisis de la ética médica tradicional. *Anales Médicos de la Asociación Médica Hospitalaria*. 2001; 46(2): 92-96
- Palomares Bayo M, López y García de la Serna J y otros. *El Consentimiento Informado en la Práctica Médica y el Testamento Vital*. Granada: Editorial Comares; 2002.
- Pelayo González-Torre A. *El Derecho a la Autonomía del Paciente en la Relación Médica*. Granada: Editorial Comares; 2009
- Pérez ML, Gelpi RJ y Ranzich AM. Discriminación en la atención médica: una mirada a través de los Juramentos. *Revista Médica de Chile*. 2003; 131 (7): 199-807
- Piquero Martín J. *Estética con ética*. *Med Cutan Ibero-latino-am*. 2002; 30(1): 3-4

- Polo Barrena L. *Ética hacia una versión moderna de los temas clásicos* 2ª Ed. Madrid: Unión Editorial S.A.; 1997
- Ranzich AM, Gelpi RY y Minetti JA. Elementos de la educación humanista en algunos juramentos médicos. *Editorial Asclepio*. 1998; 15: 277-286
- Ringel EW. The morality of cosmetic surgery for aging. *Arch Dermatol*. 1998; 134: 427-431
- Roncoroni AJ. La Ética Médica en el mundo del mercado. Fidelidad Hipocrática o fidelidad a la empresa. *Revista de Medicina*. Buenos Aires. 2000; 60(1): 82-88
- Sánchez-Caro J. *Derechos y Deberes de los pacientes*. Granada: Editorial Comares; 2003
- Santoro FA, Rothe MJ, Strober BE. Ethical considerations when prescribing biologics in dermatology. *Clinics in Dermatology*. 2012; 30(50): 492-495.
- Shott H y otros. *Cronica de la Medicina*. Barcelona: Plaza y Janes Editores S.A.; 2004.
- Sierra. Ethics in medical reserch in humans: a historical perspective. *Actas Dermosifiliograficas*. 2011; 102(6): 395-401
- Silva-Lizama E. Dermatología e industria farmacéutica. Aspectos éticos en la investigación cieníífico-médica. *Med Cutan Ibero-latino-am*. 2006; 34(4): 143-144.
- Slade K, Larenty M, Grant-Kels JM. Ethics of utilizing nurse practitioners and physician's assistant in dermatology setting. *Clinics in Dermatology*. 2012; 30(50): 516-521
- Villardel M. *Ser Medico. El Arte y oficio de Curar*. Barcelona: Plataforma Editorial; 2009
- Weber M. *La Ética protestante y el espíritu del capitalismo*. México. Editorial Fondo de Cultura económica; 2003
- Whitaker-Worth D, Shahriari M, Slade K, Grant-Kels JM. The ethical controversies of office-based dispensing in academic health centers. *Clinics in Dermatology*. 2012; 30(5): 528-532.
- Wiland IV HO, Grant-Kels JM. Ethical issues in dermatopathology. *Clinics in Dermathology*. 2012; 30(5): 476-481
- Zaragoza Rubira JR. *La relación medico-enfermo en la obra de Séneca*. Cuadernos de Historia de la Medicina Española.

IX. RESUMEN

INTRODUCCIÓN

A lo largo del Siglo XX se va perfilando una nueva ética de la profesión médica. Será en su segunda mitad cuando, fruto de los avatares históricos, la evolución de la ciencia médica y de la sociedad en general, se vaya imponiendo en EE.UU., a golpe de sentencias judiciales, una nueva forma de entender la relación médico paciente sustentada en el respeto a la libertad individual de las personas. Esto llevará a que haga crisis el paradigma ético clásico de la profesión médica y aflore un nuevo paradigma que, lejos del paternalismo que había sustentado aquel, apoye sus fundamentos en el respeto a la libertad del paciente a la hora de decidir que quiere hacer con su cuerpo y su salud. Este respeto a la autonomía no será único sino que estará encuadrado en un contexto de principios a respetar por todos. En el último tercio del siglo se irá imponiendo esta tendencia en los países europeos.

En España, al socaire del nuevo régimen político que se abre camino con las elecciones democráticas a Cortes Generales Constituyentes de la nación, que alumbrarán la Constitución Española de 1978, se irá abriendo paso ese nuevo paradigma llegando a sustanciarse en normativa deontológica en el Primer Código de Ética y Deontología Médica. A éste Código le seguirán otros. Las leyes que regulan el ejercicio profesional médico irán gestionándose en el mismo sentido, alcanzando su cenit con la aprobación del, comúnmente denominado, Convenio de Oviedo. Adecuadas las leyes y las normas deontológicas a ese nuevo paradigma, asumido éste por las organizaciones profesionales y la sociedad en general, falta saber si los médicos lo han asumido y guían su actuación clínica conforme a sus postulados.

Nuestro trabajo se ha ceñido, desde las premisas arriba expuestas y limitado territorialmente a la Comunidad de Castilla-La Mancha, a conocer si el ejercicio profesional de la Dermatología Clínica asienta sus postulados éticos en el respeto a la intimidad, el derecho a la información y el respeto a la libre decisión del paciente o de quien legalmente le represente. En definitiva queremos saber si, cambiadas las leyes, cambiados los preceptos deontológicos y asumido por la sociedad este nuevo modelo de relación horizontal, de decisiones compartidas, los profesionales titulados que practican la dermatología clínica en nuestra comunidad encuadran sus actos en el marco de este nuevo paradigma o, por el contrario, siguen anclados en el paternalismo histórico clásico.

OBJETIVOS

Con la intención y el deseo puestos de manifiesto en la introducción nos marcamos en este trabajo los siguientes objetivos:

1º.-Conocer la formación y los conocimientos en ética médica, deontología y principales leyes reguladoras del ejercicio profesional de los médicos dermatólogos en ejercicio en el territorio de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

2º.-Conocer las principales preocupaciones éticas de la población referida.

3º.-Conocer su actitud ética.

4º.-Conocer la respuesta que dan a los problemas éticos que se les plantean en el ejercicio de su actividad diaria.

RESULTADOS

Accedimos a los dermatólogos de Castilla La Mancha gracias a la colaboración de los Colegios Provinciales de Médicos y les enviamos dos tipos de cuestionarios:

El primero de ellos encaminado a conocer, además de los datos demográficos, la formación en Ética Médica que poseen y cuales son las preocupaciones éticas que tiene el dermatólogo de esta comunidad autónoma.

El segundo cuestionario, derivado e influido por el primero, inquiriere sobre la actitud ética del Dermatólogo, y la respuesta que da a los dilemas éticos que se le plantean en el ejercicio diario de la profesión.

Las respuestas eran anónimas y fueron tratadas con la más absoluta confidencialidad.

Del total de la población 60 dermatólogos de Castilla La Mancha respondieron 40 (67%). Consideramos esta muestra estadísticamente significativa con una confianza del 95%. Lo mismo ocurre con las variables estudiadas.

RESULTADOS DE LA PRIMERA ENCUESTA:

A. RESPECTO A LOS CONOCIMIENTOS EN ÉTICA, DEONTOLOGIA Y LEYES QUE TIENEN LOS DERMATÓLOGOS DE CASTILLA LA MANCHA.

La mayoría afirma haber recibido formación en ética y deontología médica durante la licenciatura (72%) pero también la mayoría (77%) no ha recibido ninguna formación tras la licenciatura. La tasa de formación durante la licenciatura puede considerarse aceptable, no ocurre lo mismo en el postgrado. Destacamos la necesidad de formación, manifestada casi unánimemente en las respuestas de los dermatólogos, justificada desde la convicción de que ésta puede ser fuente ahorradora de conflictos, (un 87% considera que la ética médica es una disciplina que debe ser proporcionada como parte de nuestra formación durante la especialización en Dermatología, y un 90% piensa que una buena formación en ética y deontología médica evitaría problemas y conflictos con los pacientes).

Sin embargo, el conocimiento de la ética está escasamente por encima del 50% (Un 49% de los dermatólogos afirma que sus conocimientos de las cuatro grandes teorías éticas que encuadran la inmensa mayoría de los problemas éticos de la profesión médica, Ética de la Virtud, Deontologismo, Consciencialismo, Ética de los Principios es regular y un 3% afirma que es nulo y un 48% confiesa que su conocimiento de los 4 principios éticos principales: Beneficencia, no Maleficencia, Justicia y Autonomía es regular) siendo aún menor el de las leyes (Un 83% afirma no conocer el código de ética y deontología médica actualmente vigente y porcentajes similares en el resto de preguntas sobre conocimientos sobre las leyes que regulan nuestro ejercicio). Consideramos estas tasas insuficientes. El desconocimiento del Código Deontológico es clamoroso. El hecho de que la asignatura de Ética Médica es de reciente implantación, así como la nula divulgación de los códigos deontológicos podrían explicar estos datos.

B. RESPECTO A LAS INQUIETUDES Y PREOCUPACIONES DEL DERMATÓLOGO DE CASTILLA LA MANCHA.

Las preocupaciones éticas expresadas nos ponen en el conocimiento de la estructura ética de nuestros compañeros. Y estamos en condiciones de afirmar que ésta es admirable. Así lo acreditan las respuestas ofrecidas cuando les preguntamos por sus preocupaciones sobre los problemas que les afectan personalmente que son el nivel de formación ética y la formación continuada. La relación con el paciente basada en el respeto mutuo, la confianza y el compromiso, anteceden a la preocupación por la comunicación de las malas noticias y al respeto al consentimiento informado, siendo estas también destacadas. En definitiva, preocupan los asuntos relacionados con los principios de Beneficencia y Autonomía, en total concordancia con el nuevo paradigma ético de nuestra profesión. En la misma línea, pero en este caso referido al principio de Justicia, manifiestan su inquietud con respecto a la relación con terceros (lo que más preocupa a los dermatólogos es el respaldo jurídico de la administración y después el horario laboral y la presión asistencial)

RESULTADOS DE LA SEGUNDA ENCUESTA:

A. ACTITUD ETICA DEL MÉDICO DERMATÓLOGO

1. FRENTE AL ESTUDIO:

Podemos concluir que la mayoría de los dermatólogos consideran estar suficientemente formados a nivel científico, técnico y ético, curiosamente las mujeres y menores de 45 creen estar algo más formadas que los hombres y los mayores de 45. Esta seguridad se fundamenta sobre un sistema de estudio excelente durante la licenciatura y posteriormente durante la formación MIR en la que el médico dermatólogo adquiere suficientes conocimientos como para sentirse seguro durante su ejercicio.

Además la mayoría consideran que cumplen con el deber ético del estudio y que disponen de tiempo suficiente para implementar su formación mediante este y, congruente con esto, también consideran que las actividades de formación continuada son necesarias lo cual manifiesta el claro aspecto vocacional de nuestra profesión dando por sentado que debemos seguir formándonos siempre y además que las actividades de formación continuada las debería proteger la institución donde presta sus servicios .

La opinión respecto a que la industria farmacéutica contribuya a la formación continuada del dermatólogo (un 84% opina que es necesario), y que es estadísticamente significativa, consideramos que viene sesgada por la costumbre. Desde que somos residentes la industria viene sufragando los eventos formativos, actividad que, normalmente, la empresa empleadora desatiende económicamente.

2. EN LA RELACIÓN CON EL PACIENTE:

En cuanto al tiempo disponible para dedicar a cada paciente el 53% de los dermatólogos dice que no es suficiente y el 47% dice que sí lo es. Nos resulta llamativo por no ser acorde con lo que habitualmente se escucha en los ambientes sanitarios. Tal vez la explicación esté en que el ámbito de los hospitales de distinta categoría (universitarios, provinciales, comarcales...) sobre los que se realizó el estudio pueden tener una presión asistencial diferente, probablemente tengan asignados tiempos diferentes para ver a cada paciente, cosa que suele decidir el jefe de servicio pero siempre lo hace contando con la presión de las listas de espera. Quizás deberíamos haber preguntado cuanto tiempo tienen asignado para ver a cada paciente.

Según la respuesta que la mayoría aplastante de los dermatólogos de Castilla La Mancha (97%) han ofrecido sobre como ha de ser la relación del médico con su paciente: "De información y respeto de sus decisiones" podemos deducir la firme determinación no paternalista sino de respeto a la autonomía del paciente que subyace en casi todos ellos. Esta firme determinación, acorde con el nuevo paradigma ético de nuestra profesión, queda meridianamente clara al responder sobre la actitud a la hora de proporcionar información adaptada a la capacidad del paciente (el 92% de los dermatólogos considera que la información que debe proporcionar al paciente cuando el proceso morboso tiene un pronostico malo o infausto debe ser adaptada a su capacidad y el 8% afirma que exhaustiva). La razón del uso del consentimiento informado en la que prevalece el convencimiento de que el paciente tiene derecho a conocer y decidir (68%) y como debe acompañarse siempre su utilización de una explicación verbal adecuada a la capacidad del que lo recibe el(95% de los dermatólogos opinan así) . Da un mayor valor a ésta actitud el convencimiento de que sólo entre el 50 y el 75% están capacitados para recibir esta información (un 53% de los dermatólogos de Castilla consideran que los pacientes que están capacitados para comprender y decidir sobre su proceso morboso y la terapéutica a aplicar es un 75% de ellos).

3. EN LA RELACIÓN CON LA EMPRESA, EL CENTRO DE TRABAJO, LOS COMPAÑEROS Y LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA:

Se manifiesta un cierto acomodamiento en el ejercicio profesional debido sobre todo a la falta de incentivación económica (el 47% de los dermatólogos lo consideran así).

Su opinión respecto a como influenciaron las medidas políticas del momento en que se realizó esta segunda encuesta (Octubre-2013 a Marzo-2014) es, cuando menos muy preocupante . El hecho de que tres cuartas partes de la muestra consideren que, en mayor o menor medida, la dirección política de la sanidad castellano manchega afecte a la calidad de la asistencia (el 32% de los dermatólogos de Castilla La Mancha consideran que las medidas que se están tomando respecto al tiempo de trabajo, honorarios y fiscalidad, entre otras, afectan" un poco" a la calidad de su ejercicio); que la misma proporción considere que son erróneas (el 74% de los dermatólogos consideran que estas medidas "para nada" son adecuadas para corregir los problemas del actual sistema sanitario); que ocho de cada diez entiendan, de una forma u otra, vulnerada su libertad de actuación clínica y de prescripción (dada la presión que está ejerciendo el sistema sobre el gasto, considera vulnerada su libertad de actuación y libre

prescripción, un 39% considera que si) es para pensárselo. Y sin duda ninguna todo esto va a influir en que sólo el 3% desestime el coste del tratamiento a aplicar como parámetro decisivo (a la hora de prescribir un tratamiento ,el coste de éste, influye “un poco” en el 63% de los dermatólogos y al 3% no le influye nada).

En cuanto a la relación con los compañeros parece bastante clara, con significatividad estadística, la posición (el 74% consideran que la relación con los compañeros debe ser de confraternidad), pero se aprecia una mayor tendencia a la yuxtaposición en los varones y en los más veteranos.

Les preguntamos sobre los reembolsos que se perciben por ensayos clínicos no supervisados por el comité ético correspondiente y la mayoría (58%) nos dijeron que los consideraban dudosamente éticos y fuera de la ética correcta, es decir, lo tenían muy claro; probablemente muchos compañeros no se habían planteado la eticidad de ésta cuestión antes de realizar nuestra encuesta, nos sentimos contentos si al menos esto ha servido para que como médicos dermatólogos podamos meditar acerca del grado de eticidad de nuestros actos.

Por último consideran ético, mayoritariamente (79%), que la industria farmacéutica sufrague la asistencia a eventos formativos.

B. RESPUESTA A LOS PROBLEMAS ÉTICOS QUE PLANTEA EL EJERCICIO PROFESIONAL DE LA DERMATOLOGIA.

1. EN LA RELACIÓN CON LOS PACIENTES.

Es gratificante, desde el punto de vista ético, la respuesta ofrecida a esos dilemas éticos que el día a día presenta. La talla ética de los compañeros de ejercicio de ésta comunidad es innegable. Así lo vemos en la relación con el paciente (el 87% de los pacientes afirma que la relación que mantiene con sus pacientes es cordial) y como la actitud de éste al que benévolamente hemos denominado “difícil” no altera la labor del médico, que se va a esforzar en sortear las barreras lingüísticas, culturales, educacionales (el 82% continua con su método de trabajo cuando se encuentra ante un paciente difícil, hiperfrecuentador, insistente y desconfiado y el 97% se va a esforzar en entender al paciente emigrante),... y que va a buscar la manera piadosa de decir la verdad en vez de utilizar la mentira piadosa y dar las malas noticias a la familia en vez de a aquel (el 74% de los dermatólogos a la hora de comunicar un diagnóstico de pronostico malo o infausto no le dice los aspectos más duros).

La misma línea sigue ante el contagiado por ETS en las que aportan respuestas complementarias en la totalidad como ocurre en la mujer que no quiere tomar métodos anticonceptivos por las razones que fuere (el 58% de los dermatólogos ante un paciente contagiado de una ETS, les recuerdan los deberes que le obligan en cuanto a medidas protectoras)(el 100% de los dermatólogos respetan la actitud de la paciente que no quiere tomar ACO por razones religiosas, ideológicas o culturales y busca tratamientos alternativos) .

Cuando se trata de una menor también la respuesta es éticamente correcta si partimos de la premisa de que cuando se da el paso a que firme el consentimiento informado se la considera capaz y, ante la duda se recurre a los padres o tutores (el 63% pauta retinoides a mujeres menores de 16 años a pesar de que no quieran tomar ACO, explicando los riesgos y firmando consentimiento).

La respuesta dada a los problemas que plantea la utilización del consentimiento informado (información, aceptación de la terapia propuesta y respeto al derecho a no saber) es muy encomiable y, desde luego, en la línea del nuevo paradigma ético de nuestra profesión. Sólo nos asalta una duda: el que casi la mitad solamente “a veces” se asegura de la comprensión de la información. (50% de los dermatólogos se aseguran de la comprensión de la información en el proceso del consentimiento informado pero el 47% solo a veces y el 3% nunca). Puedo afirmar que, al menos en mi entorno profesional, es debido a la premura en tomar decisiones.

2. EN LA RELACIÓN CON LOS COMPAÑEROS.

Es difícil contestar a cuestiones que enfrentan la actitud de uno mismo frente a los compañeros de trabajo cuando de dilemas éticos se trata. Y es difícil, fundamentalmente,

porque uno no puede por menos que colocar el espejo delante de si mismo. Y entonces ya la cosa no es solamente lo que yo haría sino, por que negarlo, lo que me gustaría que otros hicieran.

Sin embargo, ante preguntas tan directas, nuestros compañeros no escurren el bulto. O casi. Ante el trato inadecuado del paciente o de mala praxis médica procuran arreglarlo de puertas adentro(el 45% de los dermatólogos hablan con su jefe de servicio si comprueba que un compañero suyo no dispensa el trato adecuado a los pacientes), sin embargo ante recompensas ilícitas (sentidas como ilícitas, no como presuntamente ilícitas) casi la mitad se ponen de perfil mientras que la otra mitad trata e lavar los trapos sucios en casa (el 46% habla con su jefe de servicio si comprueba que un compañero está obteniendo recompensas económicas ilícitas y un 43% no se da por enterado). ¿ Corporativismo? Indudablemente que si.

Y lo mismo ocurre ante la constatación de diagnóstico o terapias erróneas, caso en el que menos de la tercera parte va a poner las cartas boca arriba al paciente (ante la constatación de un diagnóstico o tratamiento erróneo por parte de un compañero el 29% comenta al paciente el evidente error y el 47% no hace ningún comentario delante del paciente). Volvemos al principio ¿Se está mirando uno en el espejo?.

Ha habido un cambio de mentalidad importante en los dermatólogos. No hace ni veinte años la practica de la medicina estética por los dermatólogos estaba muy mal vista. Se consideraba un desprestigio para la corporación profesional. En esto también han cambiado las cosas, salvo para varón con mas de 15 años de ejercicio dermatológico. Y en cuanto al ofrecimiento de productos cosméticos, parecido (el 84% de los dermatólogos opinan que les parece bien y que forma parte del ejercicio el que algunos dermatólogos realicen y supervisen tratamientos estéticos)y (el 47% les parece bien y forma parte del ejercicio el que se ofrezcan productos cosméticos en las consultas y clínicas dermatologicas).

3. EN LA RELACIÓN CON LA INSTITUCIÓN EN QUE DESEMPEÑA SU TRABAJO.

En relación con la institución en que desempeña su trabajo, la mayoría considera bueno el formulario de que disponen para el consentimiento informado. Su comportamiento ante la presión para el ahorro del dermatólogo de Castilla la Mancha es conjugar beneficio, efectividad y ahorro. Ante la actual situación de la medicina pública la mitad de los dermatólogos de Castilla La Mancha se han planteado alguna vez abandonarla y ejercer únicamente medicina privada y similar número se sienten regular protegidos por la institución donde trabaja ante un conflicto con sus pacientes.

Salvo la primera pregunta, de contundente respuesta, que no precisa discusión alguna enfocamos este bloque fundamentalmente a los compañeros ejercientes en la medicina pública (la mayoría lo son). Viene a completar lo que ya hemos visto, al respecto, anteriormente. Y la realidad es preocupante: Que casi todos se sientan infravalorados; que más de las tres cuartas partes se planteen o se hayan planteado abandonarla y que una proporción similar se sienta desprotegido ante un eventual conflicto es, como decíamos más arriba, al menos preocupante.

Sin embargo vuelven a darnos una encomiable lección de estructura ética en la actuación clínica a pesar de la presión, casi nunca ética, de la administración, para el ahorro a toda costa. Beneficencia en el estado más puro: La excelencia profesional.

4. EN LA RELACIÓN CON LA INDUSTRIA FARMACEÚTICA Y OTRAS.

Firmeza en las convicciones y cierta permeabilidad en la actuación (el 64% de los dermatólogos afirman “posiblemente si” influye en su hábito prescriptor el hecho de que la industria farmacéutica contribuya a su formación continuada facilitándole información científica y asistencia a eventos profesionales...). Esto es lo que define la respuesta a los dilemas éticos planteados. Con una línea, perfectamente definida, infranqueable. La línea que separa lo éticamente admisible de lo inadmisibile.

Nos parece normal y desde luego, dentro de una ética profesional depurada el que halla una cierta respuesta al beneficio formador, máxime si tenemos en cuenta que el mismo preparado terapéutico se ofrece desde distintos laboratorios con diferente marca comercial.

CONCLUSION

Terminamos alegando que hemos cubierto los objetivos propuestos y que estamos en condiciones de afirmar que, a tenor de los resultados de este estudio, los Médicos Especialistas en Dermatología Médico-Quirúrgica y Venereología con ejercicio profesional en Castilla-La Mancha se han adaptado al nuevo paradigma ético de la profesión médica de una manera digna de elogio, que desde el respeto a las claves fundamentales de la moderna Ética Médica, a las normas deontológicas y al ordenamiento jurídico vigente, están en condiciones de ejercer su profesión, desde el punto de vista ético, con la dignidad que ésta merece.

INTRODUCTION

The twentieth century saw the gradual emergence of new ethics in the medical profession. As a result of historical processes, the evolution of medical sciences and society at large from the 1950s onwards, a series of US court decisions gave way to a redefined understanding of the doctor-patient relationship based on the respect for people's individual freedom. The subsequent crisis in the classical ethical paradigms of the medical profession has led to a new set of paradigms, which, leaving paternalism behind, is founded upon the respect for the patients' freedom to make their own decisions concerning their body and health. This respect for autonomy has been included in a framework to be respected by all. However, it was not until the last third of the twentieth century that this trend began to be implemented in the medical practice of European countries.

In Spain, under the protection of the new political system that held the first democratic elections for the Cortes Generales [Spain's parliament] and drafted the Spanish Constitution of 1978, this new paradigm was introduced among the deontological regulations in the Primer Código de Ética y Deontología Médica [First Code of Ethics and Medical Deontology], later to be followed by other codes. The laws regulating professional medical practice also showed similar tendencies and by passing what is commonly referred to as the Oviedo Convention, the paradigm reached full approval. Now that legislation and deontology have adopted it and professional organizations and society at large have assumed it, what is left to know if doctors have accepted it and let their clinical practice be shaped by it.

Based on these foundations, the present research project, geographically limiting itself to the autonomous community of Castilla -La Mancha, Spain, sets out to study whether the professional practice of clinical dermatology incorporates the abovementioned ethical principles regarding privacy, the right to information and the patients' or their legal representatives' free decision. The study explores whether the changes on the level of legislation and deontological precepts, which are assumed by society and result in a new model of horizontal relationship and shared decision-making, have a real effect on the ways professionals in the field of clinical dermatology act, or they continue to recur to the classical patterns of historical paternalism.

OBJECTIVES

Following the guidelines explained in the introductory notes, the following objectives are set for this research project:

To study the training and knowledge of deontology, deontology and legislation governing the practice of dermatologists working within the territory of the autonomous community of Castilla -La Mancha.

To study the main ethical concerns and problems expressed by the population in question.

To study their ethical attitudes.

To study their answers given to the concerns and problems surfacing in their daily activities.

RESULTS

Thanks to the collaboration of the province's College of Physicians, two types of questionnaire were sent out to the dermatologists in Castilla-La Mancha:

One was aimed at mapping the training in deontology they possessed and the types of ethical concerns a dermatologist in the region had to face, besides collecting the demographic profile.

The second questionnaire, derived from and influenced by the findings of the first one, inquired about the dermatologists' ethical attitudes and the answers they give to the dilemmas they face in their daily professional activities.

Responses were anonymous and were treated with the utmost confidentiality.

Out of the total population (60), forty dermatologists in Castilla-La Mancha participated in the study (67%). This sample can be regarded as statistically significant with a 95% confidence interval. The same applies to the variables studied in the research project.

THE RESULTS OF THE FIRST QUESTIONNAIRE:

A. REGARDING THE KNOWLEDGE OF ETHICS, DEONTOLOGY AND THE CURRENT LEGISLATION AFFECTING THE DERMATOLOGISTS IN CASTILLA-LA MANCHA

The majority claims to have received training in ethics and deontology during their undergraduate studies (72%) but at the same time, the majority (77%) received no further training after graduation. The class rates for undergraduates can be considered acceptable, unlike the ones on the postgraduate level. The need for further training has to be emphasized, an opinion also expressed in the dermatologists' responses almost unanimously, since this training can provide resources for preventing conflicts (87% feel that deontology is a discipline that should be provided as part of our training for specialization in dermatology, and 90% believe that a good training in ethics and deontology prevent problems and conflicts with patients).

However, the knowledge of ethics is barely above 50% (49% of dermatologists claim to have mediocre knowledge of the four major ethical theories that respond to the vast majority of ethical problems in the medical profession—virtue ethics, deontology, consequentialism and principlism—, and 3% confess having no knowledge of them at all, while 48% admit that their knowledge of the 4 main ethical principles: beneficence, nonmaleficence, justice and autonomy is mediocre) but when it comes to the level of legislation, it is even less that that (83% claim to have no knowledge at all of the current code of ethics and deontology in force, and similar percentages com up in the rest of questions about knowledge of the laws governing our practice). These rates are insufficient and the ignorance of the Code of Deontology is sensational, which might be explained with the lack of dissemination of the deontological code and the fact that medical ethics as a subject has been recently introduced.

B. REGARDING THE DERMATOLOGISTS' CONCERNS IN CASTILLA-LA MANCHA

The ethical concerns revealed in the questionnaire provide an insight into the ethical structures of our colleagues, and it can be concluded that they are admirable according to their answers regarding the problems they personally have to face since they are related to the level of ethical training and lifelong learning. The relationship with patients based on mutual respect, trust and commitment precede concerns about giving bad news and informed consent, these two also being highlighted. In short, the issues concern the principles of beneficence and autonomy, in full accordance with the new ethical paradigm of our profession. In the same manner, but in this case referred to the principle of Justice, dermatologists express concerns about the relationship with third parties, the major ones being legal support, working hours and pressure.

THE RESULTS OF THE SECOND QUESTIONNAIRE:

A. THE DERMATOLOGISTS' ETHICAL ATTITUDES

1. REGARDING THEIR TRAINING:

We can conclude that most dermatologists regard themselves as sufficiently trained on the scientific, technical and ethical levels, interestingly, women and those under the age of 45 believe to be better educated than men and those over 45. This confidence is based on a system of excellent study on the undergraduate level and later during the MIR training, in which dermatologists acquire sufficient knowledge to feel confident.

Furthermore, the majority considers that they fulfil the ethical duty for training and they have enough time for further training, what is more, they believe that lifelong learning is necessary. This reflects the clearly vocational nature of the medical profession, and besides

taking lifelong learning for granted, it is suggested that the right to it should be protected by the institution where one works.

The statistical significance of the view that the pharmaceutical industry should contribute to the dermatologists' further training (84% consider it necessary) is a result of tradition, as from the resident years on, the industry defrays training events which the employers financially neglect.

2. REGARDING PATIENTS:

As for the time available to attend patients, 53% consider it sufficient and 47% do not. It is striking that this finding does not reflect what is usually heard from colleagues in informal situations. Perhaps the explanation is that the different types of hospital (university, provincial, regional) on which the study was conducted may have different levels of pressure regarding workload and the service managers are likely to assign different times for each patient depending on the waiting lists. It should have been asked how much time is assigned for the attention of each patient.

According to the overwhelming majority of dermatologists in Castilla-La Mancha (97%), the doctor-patient relationship should be based on "information and respect for the patients' decisions," from which a firmly non-paternalistic determination and respect for the patients' autonomy can be deduced. This determination, in accordance with the new ethical paradigm of our profession, is also clear in the responses given about attitudes of adapting the provided information to the patients' knowledge. (92% of dermatologists believe that in the case of bad prognosis, the information given to patients should be adapted to their capacity and 8% say this information should be exhaustive). The reason for the use of informed consent is that the patient has the right to be informed and decide (68%), and it should always be accompanied by a verbal explanation adapted to their capacity (95%). This attitude is given a greater value by the dermatologists' belief that only between 50% and 75% are qualified enough to receive this information (53% of dermatologists in Castilla-La Mancha consider that patients who are able to understand and decide on their disease process and the therapeutic model to be applied is 75%).

3. REGARDING THE COMPANY, THE WORKPLACE, THE COLLEAGUES AND THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY:

A certain degree of accommodation can be seen as a result of the lack of economic incentives (47%).

The opinions about the policies and measures valid at the time of the second questionnaire (October 2013 to March 2014) are, at best, alarming. Three quarters of the sample consider that to some extent, the political leadership of Castilla-La Mancha affects the quality of healthcare (32% of the dermatologists consider that measures taken regarding working hours, fees and taxation, among others, affect the quality of the medical practice "a little"); the same percentage considers these measures erroneous (74% of dermatologists believe that these measures are "not adequate at all" to resolve the current problems of the healthcare system). Eight in ten feel that in some way, their freedom of clinical action and prescription has been violated (given the cuts and pressures on spending, 39% consider their freedom of action and self-prescribing violated). And without doubt all this affects the fact that only 3% dismiss the cost of treatment to be applied as a decisive parameter (when prescribing treatment, the cost of it affects "a little" 63% of the dermatologists and only 3% are not influenced).

As for the relationship with peers, the position seems fairly clear with statistical significance (74% believe that the relationship with peers should be fellowship), but a greater tendency of juxtaposition can be observed in males and the elder.

When asked about the refunds received for those clinical experiments which are not supervised by the corresponding ethics committee, the majority (58%) considers them ethically dubious and outside the framework of ethics. Probably many colleagues had not considered this

ethical dimension before our questionnaire, but it is pleasing if the question has inspired them to meditate about the level of morality of our actions.

Finally, the majority considers it ethical (79%) that the pharmaceutical industry to defrays training events.

B. RESPONSE TO THE ETHICAL CHALLENGES EMERGING IN DERMATOLOGY

1. REGARDING PATIENTS

From an ethical point of view, the answer given to the daily ethical dilemmas present in the profession are pleasing. The colleagues' ethical stature in this community is undeniable. This is how it is observed in the relationship with patients (87% claim to be on friendly terms with patients) and the attitude to patients euphemistically referred to as "difficult" is not altered since doctors strive to overcome linguistic, cultural and educational limitations (82% follows the same method when dealing with a difficult patient—frequent attender, insistent or distrustful—and 97% strives to understand immigrant patients), and seeks a merciful way of telling the truth instead of using a white lie and giving the bad news to a family member rather than the patient (74%, however, hides the hardest aspects when communicating an unfavourable diagnosis).

Dermatologists apply the same principles to people infected by STD, where they provide complementary information, as well as to women opposing birth control for whatever reasons (58% of dermatologists remind STD-infected patients of their duties concerning protective measures) (100% of dermatologists respect the attitude of women who oppose birth control for religious, ideological or cultural reasons and seek alternative treatments).

In the case of patients under the legal age, this answer is ethically correct if they are considered capable of signing the informed consent and, when in doubt, parents or guardians are consulted (63% prescribes retinoids to girls under 16 even if they oppose birth control, although doctors explain the risks and patients have to sign consent).

The answer to the problems surfaced by the use of informed consent (information, acceptance of the proposed therapy and respect for the right of not knowing) is commendable and in line with the new ethical paradigm of our profession. However, certain doubt is raised by the fact that almost half of the doctors only "sometimes" ensures the understanding of the information. (50% of dermatologists ensure the comprehension of the information in the process of informed consent, while only 47% sometimes and 3% never). I can say that, at least in my professional environment, this is due to the haste in making decisions.

2. REGARDING COLLEAGUES

It is difficult to answer questions about one's attitude against that of other colleagues when it comes to ethical dilemmas since one cannot but look into the mirror. And then it is not only how one would act but also how one would like other to act.

However, before such direct questions, our colleagues do not shirk. Or almost. When it comes to the inadequate treatment of a patient or medical malpractice, they seek to find solutions indoors (45% would talk to the head of department when finding that a colleague's treatment of a patient is inadequate). As for illicit rewards, however, (felt but not yet proven as illegal) nearly half look elsewhere while the other half takes the problem home (46% would talk to the head of department in case of finding a colleague getting illicit financial rewards and 43% would act as if they did not know). ¿Corporatism? Undoubtedly yes.

The same applies to discovering wrong diagnosis or therapy, where less than a third would reveal it to the patient (when discovering wrong diagnosis or treatment by a colleague, 29% would comment it to the patient and 47% would not). Returning to the original question, is one looking in the mirror?

There has been a significant change in the mentality of dermatologists. Less than twenty years ago, aesthetic medicine by dermatologists was frowned upon. It was considered a disgrace to the professional corporation. Things have changed, except for men with over 15 years of practice of dermatology. The findings are similar for offering cosmetics (84% believe it to be part of the practice that some dermatologists perform and monitor aesthetic treatments; and 47% are comfortable with the fact that it is part of the practice and cosmetic products are offered in dermatological clinics).

3. REGARDING THE INSTITUTION WHERE THEY WORK

Regarding the institution where they work, the majority consider the form used for informed consent good. Their behaviour under the pressure of cutting costs in Castilla-La Mancha is to combine benefits, effectiveness and savings. Given the current state of public healthcare, half of the dermatologists in the region have considered leaving it to practice in the private sector, while half of them feels that the institution where they work does not provide sufficient protection in conflicts with patients.

With the exception of the first question which does not require any discussion, this block is focused on colleagues practicing in the public sector (most of them are). It complements what we have seen, in this respect, above. And the reality is alarming: almost everyone feels undervalued; more than three quarters have considered leaving it and a similar proportion feels vulnerable to possible conflicts is.

However, they teach us a lesson in ethical structure in the clinical practice despite the hardly ever ethical pressure of the management urging savings at all costs. Beneficence in the purest form: professional excellence.

4. REGARDING THE PHARMACEUTICAL INDUSTRY AND OTHERS

Firmness in belief and a certain grade of permeability in performance (64% claim to have been “probably influenced” in their prescribing habits by the fact that the pharmaceutical industry contributes to their formation by providing scientific information and invitations to professional events ...). This is what defines the response to the ethical dilemmas posed. With a line, perfectly defined, impassable. The line between what is ethically permissible and inadmissible.

It seems normal and certainly within the framework of professional ethics that there is a response to the one who facilitates training opportunities, especially if considering that the same therapeutic product is offered by different laboratories under different brands.

CONCLUSION

Having fulfilled the objectives set at the beginning of the present project, we can conclude that the research results affirm that the specialists in medical and surgical dermatology and venereology practicing in Castilla-La Mancha have adapted themselves to the new paradigm of deontology in a praiseworthy way, and from the perspective of modern deontology, deontological norms and current legislation, they can practice their profession with dignity.