

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE MEDICINA

**Departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública e
Historia de la Ciencia**



* 5 3 0 9 8 6 4 6 3 7 *

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

X-53-382207-5

TESIS DOCTORAL

**EL SECRETO MÉDICO: ACTITUDES Y TOMA DE
DECISIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA**

M^a TERESA HEITZMANN HERNÁNDEZ

Director: Dr. Diego Gracia Guillén

Madrid, 1999



EL OTE/07

A mi familia

ÍNDICE

ÍNDICE TESIS

Índice	I
Agradecimientos	V
Introducción	1
I. BIOÉTICA Y SECRETO MÉDICO	2
A. Introducción	2
B. Privacidad	3
1. Fundamento antropológico.....	4
2. Protección de la privacidad: necesidad del secreto.....	5
C. Relación médico–enfermo	8
D. Secreto médico	12
1. Definición.....	12
2. Historia del secreto.....	13
3. Fundamentación.....	14
4. Legislación del secreto.....	16
5. Materia o contenido del secreto.....	17
6. Límites del secreto.....	18
7. Secreto médico en los centros sanitarios.....	25
8. Secreto médico e informática.....	29
E. Principios de Bioética	31
1. Principio de Beneficencia.....	31
2. Principio de Autonomía.....	32
3. Principio de Justicia.....	32
II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	34
A. Definición del secreto	34
B. Objetivos	34
C. Hipótesis	35

III. MATERIAL Y MÉTODO	36
A. Material	36
1. Encuesta provisional.....	36
2. Encuesta definitiva.....	39
B. Método	40
IV. RESULTADOS ESTADÍSTICOS	48
I. Esquema	48
II. Desarrollo	50
A. Análisis estadístico de las variables de respuesta única	50
1. Análisis exploratorio o descriptivo de las variables.....	50
1.1. Sociodemográficas y de práctica médica.....	50
1.2. Del cuestionario sobre secreto médico.....	53
1.3. De los casos clínicos.....	57
2. Estadística bivalente.....	69
2.1. Análisis inferencial.....	69
2.2. Análisis descriptivo.....	81
2.3. Prueba de independencia.....	89
3. Estadística multivalente.....	94
3.1. Análisis factorial.....	94
3.2. Cluster análisis.....	94
B. Análisis estadístico de las variables multifactoriales	95
1. De respuesta múltiple.....	95
2. De respuesta múltiple por orden de frecuencia.....	100
C. Análisis estadístico de las variables de respuesta abierta	102
V. DISCUSIÓN	104
A. Variables sociodemográficas y de práctica médica	104
B. Cuestionario sobre secreto médico: actitudes del médico	105
1. Actitud general ante el deber de secreto.....	105
2. Información que da el médico del paciente.....	106
3. Lugar donde se habla del paciente.....	110
4. Dificultades para guardar el secreto.....	111
5. Dificultades según el tipo de pacientes.....	116

6. Resumen de las actitudes del médico.....	116
C. Casos clínicos: toma de decisiones.....	119
1. Introducción.....	119
2. Estudio de los cuatro primeros casos (V18-V21).....	120
2.1. Consideración de los casos clínicos.....	120
2.2. Observaciones generales.....	141
2.3. Conclusiones finales.....	142
3. Estudio de los seis casos clínicos restantes (V22-V27).....	144
3.1. Consideración de los casos clínicos.....	145
3.2. Conclusiones finales.....	167
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	171
A. Conclusiones.....	171
B. Recomendaciones.....	177
VII. BIBLIOGRAFÍA.....	179
VIII. LISTADO DE VARIABLES.....	186

ANEXOS

Anexo I-A	Variables sociodemográficas y de práctica médica.....	189
Anexo I-B	Encuesta definitiva: cuestionario sobre secreto médico.....	190
Anexo I-C	Encuesta definitiva: casos clínicos.....	194
Anexo II	Encuesta provisional: casos clínicos.....	198
Anexo III	Encuesta provisional: cuestionario sobre secreto médico.....	202
Anexo IV	Solicitud de autorización a las áreas de salud de la CAM.....	207
Anexo V	Corrección de preguntas de respuesta única.....	208
Anexo VI	Corrección de preguntas de respuesta múltiple.....	214
Anexo VII	Corrección de preguntas de respuesta múltiple por orden de frecuencia.....	220
Anexo VIII	Gráficas de barras del estudio descriptivo de las variables de respuesta única.....	223

Anexo IX	Gráficas de barras de las variables dicotómicas respecto a las variables del cuestionario sobre secreto médico.....	237
Anexo X	Gráficas de barras de las variables dicotómicas respecto a las variables de los casos clínicos.....	257
Anexo XI	Copia del estudio descriptivo de las variables de respuesta única.....	277
Anexo XII	Copia del estudio inferencial de las variables dicotómicas y las variables de respuesta única del cuestionario sobre secreto médico.....	290
Anexo XIII	Copia del análisis factorial.....	331
Anexo XIV	Copia del Cluster análisis o de conglomerados.....	334

AGRADECIMIENTOS

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas que han colaborado en este trabajo. La gran mayoría permanecerá en el anonimato. Otras, a las que aprecio y quiero sinceramente, tienen para mí rostro, nombres y apellidos, y su ayuda generosa, competente y desinteresada ha sido un constante estímulo en mi tarea. Desde aquí quiero darles las gracias por su colaboración. Sin todas y cada una de ellas me hubiera sido imposible realizar este estudio.

En primer lugar, mi agradecimiento va dirigido a aquellas personas desconocidas para mí –repcionistas, secretarias, auxiliares administrativos– cuyo trabajo, desempeñado en las áreas de salud de la Comunidad de Madrid, les ha obligado a atender mis llamadas telefónicas dirigidas al Gerente, Director Médico, Técnico de Salud o Coordinador del Centro de Salud correspondiente; y que me han respondido siempre con profesionalidad, cuando no con una amabilidad extraordinaria.

En segundo lugar, mi agradecimiento a las direcciones de las áreas que han autorizado el estudio; y también –por qué no– a las que no lo han considerado de interés y no han visto oportuno o no han querido participar en él: gracias por tomarse la molestia de estudiar mi solicitud.

Gracias, por supuesto, a todos los médicos que han tenido la amabilidad de contestar la encuesta y, especialmente, a los coordinadores de los centros de salud que me facilitaron el encuentro con los médicos que trabajan en ellos y se encargaron de explicar el estudio a quienes no pudieron asistir a la reunión el día concertado, así como de recoger las encuestas. Todos ellos han sido pieza fundamental del estudio.

Mi agradecimiento también a los documentalistas y personal de las bibliotecas a las que he acudido en busca de bibliografía. Aquí, como en las áreas y centros de salud, he encontrado personas que me han facilitado cuanto necesitaba con gran amabilidad.

Agradezco muy especialmente a la Dra. Sonsoles Gallego su interés por la tesis y su ayuda en la búsqueda de bibliografía en Internet; a Arancha y a Sara su colaboración en el estudio estadístico; a Pina su ayuda en rehacer las encuestas al pasarlas de Mac a Pc; a Gloria, que con tanta competencia ha

colaborado para mejorar la redacción de mi tesis; y a M. Emilia, que con tanto cariño y paciencia ha puesto a mi disposición sus conocimientos de informática y buena parte de su tiempo para dar formato a la tesis e imprimirla.

Mi gratitud también al Dr. Bruno Domínguez, al Dr. Antonio Moya y al Dr. Jorge Casas por sus sugerencias sobre la encuesta y por su ayuda para validarla.

A la Dra. Pilar Urraco le agradezco, además de su amistad, la generosa entrega de su tiempo y su ayuda al acudir a las reuniones y presentar la encuesta a los médicos participantes.

Al Dr. Lorenzo Rubio y al Dr. Ignacio Sierra, que con tanto desinterés han asumido y me han descargado de mi trabajo en el hospital, facilitando que pudiera dedicarme a la tesis hasta finalizarla: muchas gracias.

Mi sincero agradecimiento al Dr. Lako, que respondió con prontitud a mi carta facilitándome el artículo que necesitaba y orientándome en la metodología a seguir, además de ponerse a mi disposición para ayudarme en todo lo que necesitara en este trabajo de investigación.

Agradezco muy particularmente al Dr. Manuel de Santiago que en momentos críticos me diera serenidad y me abriera el camino para seguir adelante.

Al Dr. Salvador Urraca, que ha puesto a mi servicio todos sus conocimientos para hacer el estudio estadístico de la tesis, dedicándome buena parte de su tiempo, tan ocupado por su labor docente en la universidad, mi agradecimiento más profundo y sincero.

Mi agradecimiento muy especial al Profesor Diego Gracia, mi maestro en Bioética, por su paciencia y confianza al esperar que terminara la tesis algún día, a pesar de que en todos estos años el avance ha sido muy lento. Gracias también por su disponibilidad y talante accesible cuando he necesitado orientación y ayuda.

Y termino dando las gracias a quienes más y de forma más desinteresada han participado en la elaboración de la tesis: mi familia. Si no hubiera contado en todo momento con su apoyo y cariño, este trabajo no hubiera concluido ni tendría sentido para mí. Gracias.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación surgió en respuesta a la necesidad de conocer la valoración del secreto profesional en el momento actual. Con este objetivo nos hemos aproximado a las actitudes y toma de decisiones de los médicos respecto al secreto profesional, pilar siempre fundamental en el ejercicio de la medicina.

Se trata, por tanto, de un estudio empírico: dichas actitudes y toma de decisiones se han determinado recogiendo las opiniones de los médicos acerca de su práctica diaria. La investigación se ha centrado en los médicos de familia y médicos generales fundamentalmente por dos motivos: en primer lugar porque, al ser ellos quienes realizan un seguimiento más cercano del paciente, se convierten en mejores conocedores de sus circunstancias; y en segundo lugar, porque la medicina general, dada la amplitud de la extensión que le compete, abarca un número mayor de los conflictos más comunes en la práctica médica. Por estas razones, nos parece que los resultados pueden ser representativos de la realidad de la práctica médica en nuestro medio.

El primer capítulo trata de determinar la situación actual del secreto médico, de forma que se pueda dar razón de los resultados obtenidos y precisar las conclusiones y las recomendaciones adecuadamente. Se han ido tomado aquellos aspectos y elementos del secreto que se han considerado necesarios. Y se han recogido sólo las precisiones del secreto que se han estimado oportunas para encuadrar adecuadamente el estudio, en la medida en que resultan de utilidad para nuestros objetivos. Otras investigaciones podrán tener como objetivo estudiar esos aspectos desde otros ángulos.

I. BIOÉTICA Y SECRETO MÉDICO

I. BIOÉTICA Y SECRETO MÉDICO

A. Introducción

El Juramento Hipocrático está considerado como el texto moral más importante de la tradición médica (1). Durante muchos siglos, prácticamente desde el siglo I d.C. hasta el siglo XVIII, se ha tomado como el documento que mejor expresaba los deberes y responsabilidades del ejercicio de la medicina (1). No es éste el momento de analizarlo pormenorizadamente, otros se han encargado de hacerlo (1); sólo vamos a detenernos lo necesario en la cláusula de secreto.

“Juro por Apolo médico, por Asclepio, Hígía y Panacea, así como por todos los dioses y diosas, poniéndolos por testigos, dar cumplimiento en la medida de mis fuerzas y de acuerdo con mi criterio al juramento y compromiso siguientes...

Lo que en el tratamiento, o incluso fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto.”

Dicho texto se refiere al contenido del secreto, que comprende no sólo lo conocido por el médico en el acto médico – tanto lo revelado por el paciente como aquello que el médico vea o intuya–, sino también lo conocido por éste fuera de él. Y, por otra parte, hace una precisión al aludir a *“aquello que jamás deba divulgarse”*, es decir, lo que puede hacer referencia más directa a la vida privada y a la intimidad de las personas (1).

Es importante señalar que en el deber de secreto descrito en el Juramento es el médico quien determina qué es lo que no debe divulgarse. En efecto, en el Juramento Hipocrático por dos veces –tanto en la introducción como en el capítulo 2.1– se repite *“según sus capacidades y criterios”* (los del médico) (1). El ámbito del secreto, por tanto, lo establece el médico, no el paciente, lo que trasluce un evidente paternalismo (1). En el texto del Juramento en ningún momento se hace referencia a la capacidad que puede tener el paciente: simplemente se le ignora.

Como explica Gracia (1), en la relación médico–paciente el enfermo es un

in-firmus, un sujeto falto de firmeza no sólo física o biológica, sino también moral, por lo que el médico debe actuar con él como con un niño pequeño, y realizar, por tanto, funciones de padre. Desde esta perspectiva, el médico debe querer el mayor bien del enfermo, pero no puede contar con él: el paternalismo es el único modo de actuar con el enfermo, al que se considera un ser incapacitado moralmente que no puede ni debe decidir sobre su enfermedad. Una actitud que, a pesar de haber ido evolucionando a lo largo de los siglos, ha subsistido siempre en el ejercicio de la medicina, donde el médico desempeña el papel principal.

Este enfoque comenzará a cambiar a partir del siglo XVIII y, sobre todo, en la segunda mitad de nuestro siglo, a medida que vaya tomando cuerpo la conciencia de privacidad y autonomía de las personas. En la modernidad, con la conquista del ámbito de lo privado, la actitud paternalista irá cediendo para dejar paso a la autonomía del paciente. La privacidad hace referencia a lo más propio y autónomo de la persona, a sus señas de identidad personal. Lo privado es, por tanto, el ámbito de lo individual, de lo autónomo.

La privacidad trae como consecuencia, entre otras, una nueva actitud ante el propio cuerpo y el ajeno (1) y una moral privada –fundamentada en los derechos humanos y considerada de más prestigio moral que la pública– que introducirá la moral de autonomía. En lo referente a la salud, este cambio se plasmará, entre otros aspectos, en el reconocimiento de que el paciente tiene derecho a la confidencialidad de sus datos personales, generando un deber en el profesional. Como consecuencia, a partir de este enfoque cambiará la relación médico–paciente y será éste quien determine qué debe divulgarse.

B. Privacidad

Cuando hablamos de intimidad o privacidad, nos estamos refiriendo a la zona espiritual íntima o reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia. Así lo define el diccionario de la lengua de la Real Academia Española. Por tanto, la privacidad abarca dos aspectos referidos a aquello más íntimo:

- el de la persona;
- y el de su vida familiar.

El primer aspecto hace referencia tanto al control de la información acerca

de uno mismo (ya sean pensamientos, sentimientos, etc., o el propio cuerpo) (2) como a la toma de decisiones privadas.

El segundo aspecto se refiere al control de acceso de las personas al ámbito privado, tanto individual como familiar: esto último sería el derecho a estar solo o con una persona o grupo con las que se comparte lo íntimo (3).

La conquista del ámbito de lo privado se hace posible con la aceptación de los derechos humanos. Es John Locke quien, a finales del siglo XVII, pondrá los fundamentos de la moderna teoría de los derechos humanos, formulando por primera vez la tabla de los derechos humanos civiles y políticos (1).

En la segunda mitad del siglo XVIII nacerán las primeras declaraciones de derechos humanos, primero en Filadelfia y después en Virginia. Estas declaraciones serán asumidas por todos los estados en la Declaración de Independencia de USA (1776). A partir de entonces, los derechos humanos negativos o los civiles y políticos son una conquista que se irá expresando en las constituciones nacionales de todos los países civilizados, convirtiéndose en la base de la vida jurídica y política y también de la ética.

En el fondo de todos ellos subyace el principio de autonomía, por el que en principio todo ser humano posee completa libertad para ordenar sus actos y disponer de sus propiedades y de su persona de acuerdo con su voluntad, dentro de los límites de la ley natural, sin que su decisión pueda depender de la voluntad de otra persona (1).

1. Fundamento antropológico

La intimidad de cada persona es un gran valor humano que debe ser respetado y protegido. Una de las mayores amenazas que pesa actualmente sobre el individuo es la invasión de su zona íntima y personal.

La intimidad representa el núcleo más hondo y arraigado de la persona. El hombre guarda siempre un misterio en su corazón, una zona reservada y preservada de la mirada indiscreta de otro. Es en ese mundo interior donde anidan y se esconden sentimientos, deseos, ilusiones, pensamientos, alegrías, penas, vergüenzas, hechos, omisiones, etc. que son lo más propio de la persona, lo que hace que nos percibamos como sujetos y no como objetos; y lo que hace también que percibamos nuestro yo como distinto de otros. El que no goza de

esta interioridad nunca llega a vivenciarse tampoco como persona (4).

El ser humano se hace presente en el mundo como una realidad que no se agota en su manifestación externa a través de su cuerpo. Es éste una ventana al exterior de nuestra intimidad, la cual de este modo resulta o bien protegida, o bien desvelada por él; el cuerpo es, pues, como una máscara (4-5) que manifiesta hacia fuera solamente aquello que la persona desea desvelar. Dicho comportamiento no implica simulación o hipocresía, sino que responde a la necesidad de encubrir lo que no debe manifestarse y la de asegurarse de que nadie podrá arrebatarlo.

Mediante el cuerpo manifestamos también nuestra propia identidad y, frente al peligro de que el cuerpo sea contemplado como un objeto, de ser cosificados, surge el pudor: tanto el pudor físico como ese otro pudor más profundo que llamamos interno o psicológico.

El pudor, que encuentra una de sus expresiones en el secreto, protege de la curiosidad ajena aquellos conocimientos, sentimientos o experiencias que apreciamos como parte de nuestra más profunda intimidad e identidad, y oculta lo que no ha sido hecho para convertirse en objeto de interés o información. Es una envoltura protectora que impide abrir nuestro interior a cualquiera y lo mantiene en una atmósfera de misterio (4). Cuanto más madura es la persona –cuanto más dueña es de sí misma, más profundamente se conoce y más sincera es consigo–, menos dispuesta está a desvelar sus propios secretos (5), que percibe como afirmación y manifestación de su identidad personal. El derecho a la propia intimidad abarca esa esfera particular en la que uno mismo se despliega ante sí, se reconoce y afirma. A la vez, el respeto a la intimidad de cada uno posibilita la convivencia social en medio de la pluralidad de individuos.

Naturalmente, algo tan valioso puede convertirse también en una mercancía, como estamos acostumbrados a ver con cierta frecuencia en los medios de comunicación.

2. Protección de la privacidad: necesidad del secreto

La entrega de la intimidad es un acto voluntario y libre que requiere confianza; un clima en el que uno percibe que es querido y aceptado y en el que siente que el otro –el que le escucha– está cerca y es capaz de comprenderle,

defenderle y respetarle, porque lo que le cuente será custodiado con delicadeza. La revelación de la propia intimidad es el mayor regalo que una persona puede ofrecer a alguien. Es una comunicación personal que siempre constituye un privilegio para el otro (4). Si podemos llegar a conocer de un modo profundo, auténtico y verdadero a alguien, es porque esa persona nos abre su intimidad y nos permite la entrada en ella. El confidente nos entrega lo más sagrado de su ser. Por eso, ser depositarios de esa confianza se convierte en un motivo de agradecimiento. El consejo, tiempo o ayuda que le prestemos nunca alcanzará el mismo nivel de su donación. Al sopesar los valores, su gesto de apertura tendrá siempre un peso humano de mayor riqueza y densidad. Cualquiera que sea el contenido de lo que cuente, aunque se tratase del lado más sombrío y miserable de su existencia, ese gesto de entrega generará siempre en quien lo escucha gratitud y cariño, porque ha sido obsequiado con lo mejor del ser del otro: su intimidad.

La situación de privilegio en que se coloca a la persona a la que se le hace partícipe de la intimidad, no le permite hacer uso de ese conocimiento, por óptimo que éste sea, sin la autorización del que es su único dueño. Así afirma López Azpitarte (4): *“la guarda del secreto profesional tendríamos que recuperarla como una de las obligaciones más urgentes y sagradas”*.

En la sociedad de hoy en día parece haberse perdido bastante el respeto que merece la intimidad, despreciándose la realidad de que, cuando una persona se nos confía, nada de lo que diga nos pertenece y nunca podrá ser utilizado sin su autorización para proporcionar información alguna. Los que por su trabajo –como es el caso de los médicos– se internan en el terreno de lo confidencial, corren el peligro de habituarse a recorrerlo como quien entra en su propia casa, olvidando que cada nueva comunicación ha de ser considerada otro gesto de entrega más que no se puede ni merecer ni exigir.

Este enfoque queda plasmado con claridad por López Azpitarte (4) cuando dice: *“el corazón humano ha de tratarse con la misma limpieza, sensibilidad y preocupación con las que el médico se acerca a la mesa de operaciones”*. Puede suceder en ocasiones que la entrega de la intimidad venga dada por motivaciones interesadas. En este caso, dicho gesto no constituye un signo de afecto, sino el medio de obtener algún beneficio o desahogo. Así ocurre cuando el médico o el abogado se convierten en *“la compañía de alguien que*

sirva de ayuda, estímulo, orientación o simplemente para que comparta, al menos, el sufrimiento y la angustia que se lleva por dentro” (4). Pero ni siquiera la existencia de esta necesidad hace disminuir el respeto que se debe a la intimidad personal y la obligada respuesta de lealtad y respeto. No hay que ponerse frente a la persona, sino a su lado, para que sepa que su secreto quedará siempre protegido.

Cuando se valora a la persona, parece más fácil buscar el modo de guardar y proteger su confidencia. Pero aún así quizá podemos descubrir que no siempre somos lo celosos que deberíamos y que existen situaciones en que dejamos escapar, si no toda, sí parte de la información de aquello que nos ha sido confiado; o bien que nuestra curiosidad provoca la indiscreción de otros; olvidando que, como ya se ha dicho anteriormente, la revelación de la intimidad nos coloca en una situación de privilegio.

Ese sabernos poseedores de algo que los demás desconocen parece elevarnos por encima de ellos y también otorgarnos un cierto dominio sobre quien nos permitió entrar en su intimidad, generando en nosotros un falso orgullo o vanagloria que nos predispongan a dar dicha información. Poseer información nos proporciona poder y nos revaloriza ante los demás, pudiendo ser vista la revelación como testimonio de amistad y confianza al entregar algo de lo que los demás carecen (6). Cuando por indiscreción actuamos de esta forma, estamos cometiendo un auténtico robo, estamos apoderándonos de algo que no nos pertenece (4).

La donación que el paciente realiza de su persona al hacer al médico partícipe de su intimidad coloca a este último en una situación de privilegio y exige de él una respuesta concreta. A partir de este momento el médico ya no puede permanecer indiferente, como si aquello no le afectara; la confianza depositada en él hace brotar unas obligaciones que demandan un cambio de actitud. Al entrar en el mundo del otro, se comparten también preocupaciones e inquietudes que se toman como propias. De este modo surge un compromiso mutuo que a veces el médico preferiría ignorar.

En el ejercicio de la medicina el reconocimiento del respeto debido a la intimidad puede chocar con otros valores también importantes. Tal es el caso del paciente que no quiere comunicar la enfermedad grave o hereditaria a su futuro cónyuge; o el de quien exige al médico la entrega de ciertos datos íntimos y

personales del paciente en determinadas pruebas; o la solicitud al médico de informes confidenciales que permitan conocer la salud física o psíquica de un paciente para decidir sobre su futuro puesto de trabajo; etc.

La solución de los conflictos que puedan generarse dependerá de la preferencia que se otorgue a los valores en juego y quedará determinada principalmente por la perspectiva, sensibilidad e interés con que cada uno los perciba al acercarse a ellos para valorar el conflicto (4).

Revalorizar y defender el respeto a la intimidad lleva a encontrar otras opciones para no revelar el secreto, porque para conocer o comunicar la interioridad del individuo es absolutamente necesario su consentimiento (7). Apoderarse de ella por otros medios o publicarla de cualquier forma constituye siempre un atentado contra la dignidad de la persona (4).

Sólo el que haya descubierto y sentido el valor de la intimidad personal sabrá deducir de él las consecuencias lógicas y las soluciones más adecuadas.

El derecho a la intimidad es reconocido en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948) y en los Códigos de Derechos de los Pacientes (8).

En nuestro país, la Constitución establece en el artículo 18.1 como un derecho fundamental el derecho a la intimidad personal y familiar; la Ley General de Sanidad, en su artículo 10, recoge la Carta de Derechos y Deberes del Paciente, en la que queda plasmado el derecho de los pacientes *“al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad...”* (1). Y en el artículo 16.1, el Código de Ética y Deontología Médica establece el secreto como un derecho del paciente para proteger su intimidad.

C. Relación médico–enfermo

La relación médico–enfermo, base del ejercicio de la medicina, exige una relación de plena confianza entre ambos que posibilita la eficacia de la asistencia médica (artículo 7 del Código de Ética y Deontología Médica). La confianza debe estar presente en todo momento. Como señala Herranz en sus comentarios (9), la confianza hará posible que el paciente acuda al médico, relate los problemas más o menos íntimos que le afectan, acepte los consejos y el tratamiento y

decida volver permitiendo al médico su seguimiento hasta que sea necesario.

El acto médico es por su misma esencia un acto ético. La relación médico-paciente posee ciertas connotaciones éticas que delimitarán el papel de cada uno mientras dure dicha relación (10) y las características del contrato.

El paciente acude movido por una necesidad, porque está enfermo, lo cual le coloca en una situación de desigualdad, de más vulnerabilidad (7, 11). Ese estado de necesidad le obligará a revelaciones más o menos íntimas para que el médico tenga un conocimiento adecuado de su situación. El médico responderá a esta confianza poniendo sus conocimientos al servicio del paciente, buscando su beneficio y protegiendo con el secreto sus confidencias y su intimidad corporal cuando precise exploraciones (12).

Surge así una relación de cooperación que crea unas obligaciones especiales hacia el paciente (7), y a la que ambos hacen su aportación correspondiente. Ante el hombre que sufre, cuya dignidad se ve amenazada por la enfermedad y es por este motivo más vulnerable, el médico no se colocará en una posición de poder, sino en una actitud de servicio proporcionada a la dignidad que tiene el paciente en cuanto persona (9).

Pero el médico, aunque se debe al paciente, cumple también un papel público del que se derivan unos deberes hacia la sociedad (7).

Por otra parte, la relación médico-enfermo ha cambiado mucho en los últimos veinticinco años (13-14). Gracia (13) señala tres factores que han propiciado este cambio:

- la mayor autonomía y capacidad de decisión del paciente;
- los cambios tecnológicos que han surgido en la práctica médica,
- y el modo en que los poderes públicos gestionan y diseñan la política sanitaria.

Tradicionalmente, ha sido el médico quien se ha ocupado de la salud. Hasta casi finales del siglo XIX, el tipo de relación con el enfermo era vertical y asimétrica y se hallaba presidida por el paternalismo, expresado en el principio de beneficencia. El médico mandaba y el paciente obedecía. El médico aportaba el principio de beneficencia buscando el bien para el paciente, pero sin contar con él, ya que la enfermedad coloca al que la padece en una situación de impotencia y necesidad.

Los médicos hipocráticos entendían que esa impotencia afectaba no sólo

al cuerpo, sino también al alma, por lo que el paciente estaba incapacitado para decidir. Así, decían, la enfermedad produce un dolor que enturbia la mente y hace difícil el juicio recto y prudente; el médico debe actuar buscando el bien del enfermo y decidiendo por él, sin su voluntad o incluso en contra de ella.

Esta era la interpretación, estrictamente paternalista, que hacían del principio de beneficencia. El médico tenía poder no sólo para determinar lo correcto y lo incorrecto, sino también lo bueno y lo malo. La autoridad que el médico ejercía era, fundamentalmente, moral. Y el papel que le correspondía al paciente era de sumisión a esa autoridad, de obediencia. De forma que se consideraba buen médico el que buscaba el beneficio del paciente; y buen enfermo, el que aceptaba un papel pasivo, de sumisión, confianza y respeto. Así era reconocido y regulado en los códigos de ética.

En la década de los setenta, esta relación cambia, haciéndose horizontal y más simétrica, y va a estar presidida por el principio de autonomía, que alcanza su expresión máxima en el consentimiento informado. Surgen los primeros códigos de derechos de los pacientes (1973) (8), manifestación de la conciencia que adquieren éstos de su capacidad y deseo, como seres adultos, de tomar sus propias decisiones sobre su salud.

Esta nueva posición del paciente le sitúa en otro nivel, más activo, en el que va a aportar a la relación el principio de autonomía y su capacidad de decidir, de la que es depositario. El médico aporta su capacidad de hacer el bien, siendo su primer deber de beneficencia informar al paciente. Correlativo a éste es el derecho del enfermo a la decisión o consentimiento. La información mira al consentimiento y éste es imposible sin aquella. De esta forma, la expresión de la nueva relación médico-paciente será el consentimiento informado. Al binomio paternalismo-obediencia le sustituye el de beneficencia-autonomía.

Por primera vez en un documento importante de ética médica (el Código de Derechos de los Pacientes de 1973), al médico se le obligaba, bajo la forma de derecho, a incorporar al paciente en su toma de decisiones y a reconocer su derecho a tomar la decisión final (1).

Con el tiempo, y a raíz de los avances tecnológicos surgidos en el campo de la medicina, esta toma de conciencia de la autonomía por parte de los pacientes será la que en muchos casos lleve a preguntarse en qué medida la aplicación de estas técnicas resulta beneficiosa o no para el paciente.

¿Quién debe decidir cuándo aplicar estas técnicas y cuándo no?. ¿Es preciso tener en cuenta la voluntad del paciente? ¿Quién decidirá qué personas accederán o no a ellas?. Estos dilemas hicieron que los pacientes reivindicaran su derecho a conocer qué se iba a hacer con ellos y a decidir si querían o no someterse a determinados tratamientos.

A la vez, las nuevas tecnologías hacen tambalear el deber de beneficencia del médico, que ha sido siempre hacer todo lo posible en favor del enfermo, ya que a veces pueden surgir serias dudas sobre lo que resulta o no beneficioso para él.

Como se ve, las nuevas tecnologías generan un sinfín de conflictos que han cambiado drásticamente la relación médico-paciente (13).

En el orden político europeo, el estado de bienestar, fruto del crecimiento económico, va a dar lugar en la década de los sesenta a la gran expansión de la sanidad pública, cuya acción pretende abarcar todas las posibles contingencias negativas (paro, enfermedad, vejez) de cualquier ciudadano: una protección que –al menos en nuestro país– no resultó igual para todos, pues, aparte de cubrir escasamente la atención primaria, se centró sobre todo en el enfermo agudo, marginando al crónico.

Con la crisis económica de los años setenta, se plantea la necesidad de distribución de recursos, destinándolos sólo a aquellas contingencias que se consideran básicas y quedando otras desprotegidas; estas últimas el ciudadano deberá contratarlas particularmente con entidades privadas. De esta forma, las prestaciones del sistema sanitario público quedan limitadas por la cantidad de recursos disponibles (13) y por las prioridades que se den a las necesidades sanitarias de la población.

En la nueva relación médico-enfermo, que deja atrás aquella otra paternalista y vertical, van a estar presentes el médico, el paciente y la sociedad. La relación actual es más horizontal: cada parte tiene su papel y hace sus aportaciones. El médico hace presente el principio de beneficencia aplicando sus conocimientos para ayudar al enfermo. El paciente que quiere curarse acude autónomamente al médico y decide sobre su salud, aportando el principio de autonomía. Y la sociedad aporta el principio de justicia.

Como señala Gracia (13-14), no cabe duda de que esta nueva relación es más compleja y puede resultar más conflictiva; pero también es más rica, al

tiempo que gana en madurez y se hace más humana y adulta.

La formación del personal sanitario en cuestiones éticas y la constitución en los hospitales de comités de ética que intenten mediar y aportar soluciones a los problemas planteados ayudará a resolver los conflictos que surjan.

Para llevar a cabo lo primero, el médico deberá conocer las normas éticas de su profesión y hacerlas conocer al personal sanitario. En el artículo 17.1 del Código de Ética y Deontología Médica se hace expresa mención a la **obligación del médico de exigir absoluta discreción y observancia del secreto profesional a sus colaboradores, además de hacerles saber que ellos también están obligados a guardarlo.**

D. Secreto médico

El secreto médico es el modo en que responde el médico a la confianza del paciente para proteger su intimidad.

1. Definición

Cuyás da una definición general de secreto que puede ser el punto de partida para analizar el secreto médico.

" Secreto es siempre una verdad conocida por una o por muy pocas personas, distintas del interesado, cuya revelación sería vivida por éste como un atentado contra aquella parte de la propia identidad, en que uno se siente afectado como sujeto y la cual quiere mantener velada, tanto si con esta verdad está en juego el derecho a la propia fama, como si carece de relevancia ética y social. A esa verdad se le llama secreto objetivo; y a la obligación de no desvelarla se le llama secreto subjetivo. A éste se refiere la obligación de secreto."(5).

Clásicamente se habla de distintos niveles de secreto:

- **Secreto natural** es aquel que obliga en virtud de la naturaleza de lo revelado.
- **Secreto prometido** sería aquel que obliga por la promesa hecha después de haberse comunicado el secreto.

- Y, por último, el **secreto pactado**, comiso o confiado, cuando la promesa de guardar el secreto precede a la manifestación de éste.

Cada uno de ellos obliga en distinto grado, siendo el último el que más obliga. El secreto pactado sólo sería lícito revelarlo cuando el beneficiario está obligado a hacerlo él mismo y no lo hace (5).

El **secreto profesional** es un caso particular del secreto pactado, en el que se da por supuesto y permanece implícito el compromiso de no divulgar lo conocido en el ejercicio de la profesión.

En este tipo de secreto, la propia necesidad de recibir ayuda fuerza a desvelar la intimidad; y la confianza en que no será revelado lo facilita .

Esta confianza tiene una gran trascendencia social debido a la relación que existe en la custodia del secreto respecto al bien común: en el caso del secreto médico, la necesidad que impele a desvelar la intimidad es la salud, que tiene una dimensión social –no menos importante que la personal– ; en una y otra dimensión, es esencial la confianza que la sociedad deposita en que el médico no desvelará el secreto.

En éste sentido, es posible que surjan conflictos cuando, por existir un interés social de salud que exija la revelación del secreto, pueda verse dañado ese otro interés social de confianza en la profesión médica.

2. Historia del secreto

El secreto médico nació probablemente al mismo tiempo que la medicina, aunque referido a los conocimientos de los médicos. Fue Hipócrates quien dio otro sentido a la medicina y defendió por primera vez el derecho a la intimidad del paciente (6). Este deber de secreto aparece plasmado en dos de las cláusulas del Juramento Hipocrático:

- La primera se refiere al compromiso de enseñar el arte de curar sólo a sus hijos, a los hijos de su maestro y a aquellos discípulos unidos por juramento y a nadie más.
- La segunda es la citada al comienzo de éste capítulo.

Se habla de secreto profesional en el primer caso, y hace referencia al que se había practicado desde los orígenes de la medicina. El secreto médico propiamente dicho estaría reflejado en el segundo caso, ya que se refiere al

respeto debido a la intimidad del enfermo (5, 15).

Hasta el siglo XVI, y fundamentalmente en la Edad Media, el centro de gravedad pasa de la intimidad al secreto en sí; esto es, al significado de la palabra secreto, lo misterioso, lo sagrado. Se acepta como sigilo sacramental, semejante al secreto de confesión. El secreto es asumido como una obligación natural, primaria y absoluta, que no admite excepciones.

En el Renacimiento empieza a cobrar fuerza lo privado frente a lo público. Se descubre la vida privada y en la sociedad se consolida el sentido de la intimidad y de la privacidad.

En el siglo XIX surgen los primeros códigos de ética, donde se acepta el secreto como deber. Poco a poco, en determinadas circunstancias va a ir adquiriendo prioridad el deber de revelar sobre el deber de secreto.

En la actualidad siguen existiendo partidarios del secreto como deber absoluto. Pero la gran mayoría, aún aceptándolo como un deber importante y de gran valor, admite que, en situaciones concretas, este debe ser revelado (16). También lo reconoce así la mayoría de los códigos de ética.

3. Fundamentación

Thompson (7) pone de manifiesto que todos los códigos de ética dejan patente la importancia del secreto; pero, aunque ofrecen algunas justificaciones, no lo fundamentan. ¿Por qué es tan importante el secreto? ¿Se trata de una cuestión de conveniencia para la eficacia del ejercicio de la medicina o de una cuestión de principio?, se pregunta; para acabar concluyendo esto último, ya que el secreto asegura un derecho humano fundamental (el derecho a la intimidad) (2, 7), lo cual explica su conveniencia.

Las razones que apoyan dicha afirmación proceden de la condición de la naturaleza humana. Los secretos derivan de la necesidad que tienen los hombres de guardar reservada una parte de su yo, la esfera de lo íntimo, que les diferencia de los demás y a la vez les afirma como persona. Ese mundo íntimo, del que todo hombre siente necesidad, es protegido por cada uno de la intrusión de otros. Ya nos hemos referido al contenido de la intimidad y a lo que ésta supone para el hombre al hablar de privacidad.

El derecho a la intimidad ha quedado reflejado en la Declaración Universal

de los Derechos Humanos (6, 15):

“Nadie será objeto de intromisiones arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de daños a su honor o reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales intromisiones o daños.”

Puesto que la intimidad constituye una parte esencial del ser personal del hombre y es algo propio y exclusivo de cada persona, **el secreto médico está fundamentado básicamente en el respeto a la persona, a la dignidad humana.**

Se entiende por dignidad humana la condición que reviste el ser hombre. El hombre es persona y, por lo tanto, sujeto, y no objeto cuyo comportamiento se determine desde fuera. El hombre tiene, pues, carácter de fin y no de medio, y debe ser tratado siempre como tal, con un respeto incondicional y absoluto. Por esta razón debe ser respetada su intimidad, aquello que le es propio y exclusivo (6).

A la vez, el hombre no se basta a sí mismo para satisfacer sus necesidades y precisa recurrir a otros, de los cuales recibe ayuda de muy distinta naturaleza. Cuando se trata de una necesidad referida a la salud, recurre al médico para que le ayude a buscar curación y entiende que ésta le será más fácilmente proporcionada si se confía plenamente, si le da su intimidad. Para que estas interrelaciones entre los hombres puedan establecerse plenamente, se necesita la preservación del secreto que tutela el mutuo respeto y abre camino a la confianza (5).

La existencia del secreto profesional deriva de dos aspectos (15):

- de la existencia de la intimidad; y
- del hecho de que el hombre es un ser social.

Ambos aspectos deben ser protegidos.

La dimensión social del hombre se hace presente en la relación médico-paciente. Relación que se posibilita por la existencia de un compromiso implícito por parte del médico de no desvelar aquello conocido por el ejercicio de la profesión. Pero la necesidad de salud que lleva al paciente a consultar es también una demanda social. De forma que en toda relación médico-paciente está presente la sociedad. Esta proyección social es la que lleva a afirmar que el secreto es de índole pública. Es de interés público que exista un clima de

confianza que permita la necesaria apertura del paciente, puesto que de ello se derivará un beneficio social (7, 15); y que la custodia de la información transmitida al médico para que haga el diagnóstico y tratamiento adecuados esté garantizada por el secreto. Por tanto, la custodia del secreto médico viene también exigida por el bien común (15, 17).

4. Legislación del secreto

Además de la ya citada Declaración Universal de los Derechos del Hombre (1948), en nuestro país el artículo 18.1 de la Constitución Española de 1978 reconoce el derecho a la intimidad; y en los artículos 20.1d) y 24.3, el derecho al secreto. En el 20.1d), y en relación con el derecho a comunicar o recibir libremente información veraz por cualquier medio de difusión, señala *“que la ley regulará el derecho... al secreto profesional en el ejercicio de esas libertades”*; y en el 24.3, establece que *“la ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos”* (9).

La Ley Orgánica de Protección civil del derecho al honor, a la intimidad personal y familiar y a la propia imagen (5-V-82) que regula el artículo 18 de la Constitución, en el nº 4 artículo 7 trata del secreto.

La ley General de Sanidad (25-III-86), en su artículo 61, hace referencia a la necesidad de procurar la máxima integración de la información del paciente en cada área de salud, determinando el derecho del paciente a acceder a su historia clínica, así como el de los facultativos implicados en el cuidado del paciente, debiendo quedar garantizado el derecho del enfermo a la intimidad y el deber de guardar secreto por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia clínica.

El Estatuto jurídico del personal médico de la Seguridad Social (23-XII-66) considera falta grave el quebranto del sigilo profesional.

El Estatuto del Trabajador (10-III-80) en su artículo 4ª e) obliga al respeto a la intimidad.

El secreto médico adquiere protección legal por primera vez en el Código Penal napoleónico (art. 378) fruto de la Revolución Francesa, pero no promulgado hasta 1810 (5, 15). En España, el primer Código Penal, de 1822 (5,

15), castigaba por primera vez en su artículo 424 la revelación de secretos conocidos en el ejercicio de su profesión por médicos, cirujanos y comadronas. Más tarde, el de 1850, en su artículo 284, sancionaba igualmente a *“los que ejerciendo alguna de las profesiones que requieren título, revelaren los secretos que por razón de ella se les hubieran confiado.”*

El nuevo Código Penal (23-XI-1995) tipifica el delito de incumplimiento del deber de secreto en su artículo 199, dentro del título destinado a la protección de la intimidad, derecho a la propia imagen y a la inviolabilidad del domicilio (18). Pero, previamente a su regulación penal, debería existir una ley que definiera y delimitara el alcance del secreto profesional (15, 18, 19), omisión que resulta de especial gravedad y debe ser reparada con urgencia. En este sentido se opina que *“el médico ha de conocer, con la mayor precisión posible, cuándo y cómo puede o debe revelar las informaciones confidenciales recibidas de sus pacientes, por afectar a otros intereses generales relevantes para la seguridad y la salud de los ciudadanos”* (20).

Los Códigos de Ética, tanto los internacionales como los nacionales, han recogido el deber de secreto en la profesión médica. En España, el Código de Ética y Deontología Médica de la Organización Médico Colegial de 1990 le dedica el capítulo IV.

5. Materia o contenido del secreto

El texto del Juramento Hipocrático ya citado nos dice: *“Lo que en el tratamiento, o fuera de él, viere u oyere en relación con la vida de los hombres, aquello que jamás deba divulgarse, lo callaré teniéndolo por secreto”*.

Lo que el secreto debe abarcar es todo aquello que llega a conocimiento del médico en el ejercicio de su profesión y precisamente en razón de ella (5). No sólo deberá custodiarse lo que el paciente cuente en la consulta, sino aquello que el médico ve y conoce, aunque haya aspectos que el paciente no quisiera que fueran conocidas por éste.

Es frecuente que la práctica médica permita el acceso ocasional, pero necesario, a aspectos de la vida particular que el enfermo tiene derecho a no ver desvelados. Tales secretos, de por sí naturales, deben ser custodiados con una

delicadeza semejante al secreto profesional, ya que, de no hacerse así, se vería dañada la confianza que la sociedad tiene en el médico (5).

Por tanto, el secreto se extiende no sólo a lo que le dicen, sino a cuanto ve, a cuanto deduce y a todas las circunstancias que concurren en la enfermedad (15, 17). La Asociación Médica Mundial recoge en una de sus normas éticas: *“Un médico no puede revelar la confidencia a él confiada en el curso de una consulta médica o los descubrimientos observados en los pacientes”* (15).

En el artículo 16.3 y 4 del Código de Ética y Deontología Médica se hace expresa mención al contenido del secreto en los mismos términos de lo comentado hasta ahora. Además, en el punto 4 se indica que la muerte del paciente no exime al médico de su deber de secreto.

Puesto que la materia del secreto es lo confiado al médico y lo que éste descubre, los documentos que dejan constancia de una y otra cosa deberán permanecer secretos (15). Tal es el caso de la historia clínica y de las exploraciones.

No obstante, como en la práctica a veces puede resultar difícil determinar cuándo se está ejerciendo como médico y cuándo no, en último término será el propio médico quien, en conciencia, precise el alcance del secreto, puesto que sólo él conoce las circunstancias, condicionamientos y beneficios que puede dar al paciente (15).

Por eso, para no hacer revelaciones innecesarias, se debe tratar toda la información del paciente como confidencial (21) y pedir su consentimiento cuando el médico se vea en la necesidad de proporcionar alguna información.

El médico sabe que su primer deber es hacia el paciente, con quien tiene que actuar con lealtad y preservando la intimidad que le ha sido confiada. A este beneficio individual le corresponde también uno social que mira al bien común. El equilibrio entre ambos beneficios establece los límites del secreto (15).

6. Límites del secreto

Revelar el secreto es manifestar lo que debiera permanecer oculto, bien sea directa o indirectamente, exponiendo datos que permitan a quienes escuchan conocer total o parcialmente lo que es secreto.

La mayoría suele compartir la opinión de que, siendo el secreto un valor

muy importante y fundamental en la práctica médica (22), pueden darse situaciones en las que deba revelarse (23).

Otros autores como Kottow (24) piensan, por el contrario, que es un valor absoluto que no admite excepciones. El secreto, dicen, es esencial para proteger la integridad de la relación médico-paciente (2) y constituye la garantía de que las decisiones médicas sean justas. La excepción a este deber causa más daños que beneficios (24).

Pero en nuestra sociedad esta postura está cada vez menos justificada, ya que existen situaciones que requieren dar alguna información. Acogerse al privilegio profesional no está exento de responsabilidades cuando puede ser obligatorio revelar información porque exista un peligro para terceros o para la sociedad (25).

Al utilizar la expresión *"aquello que jamás deba divulgarse"*, el juramento hipocrático parece indicar que no es absoluto, sino que posee ciertos límites. Aspecto éste que ha sufrido múltiples interpretaciones a lo largo de la historia.

Las primeras limitaciones que históricamente ha tenido el secreto han sido las marcadas por la ley. (2, 15). Hoy no se discuten determinadas obligaciones legales como declaración de nacimiento, de defunción, algunas enfermedades infecciosas que se consideran de declaración obligatoria, etc., Puesto que estos casos se justifican por el bien común sin perjuicio del paciente, no presentan problema.

Pero hay que ser cautos al afirmar que, por el bien común de una colectividad más o menos numerosa, el secreto puede ser revelado.

Dado que el secreto es un bien a la vez individual y social, ambas facetas deben estar justamente equilibradas. En una medicina socializada como la actual quizá resulte más fácil ver el bien social, al tiempo que el individual se desdibuja. La organización de los servicios del Sistema Nacional de Salud y la burocracia generada con documentos del paciente –partes de baja, petición de pruebas, etc., entre otros– no deben hacer peligrar la protección de la intimidad. Mantener el secreto en estas circunstancias puede redundar en beneficio de la protección del individuo y de su libertad cuando parece que los bienes sociales prevalecen sobre la persona y esta se ve reducida a mero objeto (26).

El secreto médico debe ser regulado por la ley, pero no someterse a ella innecesariamente. Pueden existir imperativos legales que el médico considere

injustos y que decida en conciencia no acatar, aunque arriesgue su seguridad. Martí y Buisán (15) sugieren que, ante un conflicto con el deber de secreto, el médico se pregunte si al revelarlo se sigue, en primer lugar, un beneficio para el paciente y, en segundo lugar, un beneficio social cierto; y aconsejan ser muy cuidadosos a la hora de determinar esto último.

En algunos países las leyes mandan revelar cierta información en situaciones de riesgo importante para terceros. En otros, la ley juzga arbitrariamente qué se debe hacer en casos de relativo peligro para terceros, pudiendo imputar responsabilidad al médico si no actúa así. Como hay cierta confusión legal, aconsejan que el precedente legal no sea el único determinante en la toma de decisiones (27).

En definitiva, **corresponde a la conciencia del médico** decidir hablar o callar, porque las leyes escritas, por muy severas que sean, no podrán jamás ejercer una mayor influencia sobre el médico que la que tenga su dignidad profesional cuando ésta es honradamente sentida (15).

El otro límite del secreto lo pone el paciente. A él pertenece la intimidad que ha entregado al médico, de forma que puede decidir si debe ser conocida también por un tercero. Su consentimiento dejaría libre al médico (2), pero no le obliga ni le justifica.

Estos autores (15) opinan que, al estar presente la sociedad en la relación médico-enfermo, no es suficiente la autorización del paciente para revelar el secreto.

Además, en el consentimiento pueden existir abusos porque el paciente no sepa realmente lo que autoriza; o porque existan casos en los que una posible dependencia del médico fuerce al paciente al consentimiento. La facilidad de revelar el secreto con que el médico puede encontrarse cuando el paciente da su consentimiento, no puede eximirle de la reflexión sobre el caso concreto, ponderando adecuadamente la actuación a seguir.

Por eso, algunos opinan que el médico, en el caso de que el paciente dé su consentimiento, decidirá en conciencia (15) si lo revela o no, valorando con prudencia las partes en conflicto y mirando el bien del paciente o, al menos, tratando de no perjudicarlo.

Martí y Buisán recogen algunas opiniones respecto a esto:

“el interés del secreto no es particular, sino público, por lo que, para la

tutela de tan alto interés, el profesional depositario de aquél conserva íntegro su derecho al silencio, aunque el confidente le libre de la obligación de callar o aún le incite a hablar. La voluntad privada es aquí insuficiente, sólo en casos muy excepcionales el profesional recto y probo hablará, pero según el dictado de su conciencia y no porque el cliente lo desee” (15).

Cuando existe un conflicto siempre es mejor que sea el propio paciente el que informe a la tercera parte en peligro.

El Código de Etica y Deontología Medica señala en su artículo 18 las excepciones al secreto que, básicamente, son cinco:

- 1) por imperativo legal;
- 2) cuando el médico se vea gravemente perjudicado por mantener el secreto de un paciente y éste sea el autor voluntario del perjuicio;
- 3) para protección de la vida y seguridad del paciente o de otras personas y para evitar un peligro colectivo;
- 4) la declaración obligatoria de enfermedades; y
- 5) cuando el médico comparezca ante el Colegio o sea llamado a declarar en materia disciplinaria.

En todos estos casos el Código señala que el médico hablará con discreción, exclusivamente ante quien tenga que hacerlo, y en sus justos y restringidos límites.

Herranz (9), en sus comentarios al Código, señala que, siendo el secreto un deber fundamental del médico, no es una obligación absoluta y que pueden surgir otros bienes superiores ante los que hay que ceder. En estos casos, el médico siempre actuará como guardador celoso de las confidencias de los pacientes: *“Será discreto, parco y restrictivo en sus declaraciones, que hará exclusivamente ante quien esté titulado para recibirlas y para hacer de ellas el uso debido”.*

- Referente al imperativo legal, existe el deber de denuncia ante determinadas situaciones, que regula el artículo 30.2 del Código de Etica. Además, el médico puede ser llamado ante el juez. *“En estos casos la deontología recuerda que hay áreas de la intimidad que, por su propia naturaleza o porque no contribuyen al esclarecimiento de la cuestión judicial, sobre las que el médico no puede ser obligado a*

declarar. Aún bajo el mandato y protección de la ley que le exonera de su deber de secreto, el médico se guiará siempre en sus revelaciones por la guía de su propia conciencia. Y aunque esté declarando bajo juramento, podrá negarse a responder a ciertas cuestiones, si estimara que lo que se le pregunta es irrelevante o lesivo para la reputación de su paciente pues, mientras declara ante un tribunal, el médico sigue obligado a no dañar a su enfermo”.

- En la segunda excepción precisa que el paciente que acusa injustamente al médico destruye la confianza que debe presidir la relación médico–enfermo y que tratar de protegerse con el deber de secreto del médico es un chantaje. El silencio del médico, en este caso, sería complicidad. El médico hará una defensa propia justa y actuará con la máxima discreción, en la sede adecuada, en los límites justos y restringidos.
 - Respecto a la tercera excepción, indica que el Código señala que el médico no debe permanecer silencioso y que, dentro de los límites que señala el contenido del artículo, denunciará la situación.
 - En la cuarta excepción, expresa que el conflicto surge con determinadas enfermedades de transmisión sexual selladas por un estigma social. No se suelen presentar problemas si el paciente accede a recibir tratamiento. Entonces basta con dar parte a la autoridad sanitaria mediante una declaración numérica en un impreso en el que no consten los datos de identificación personal. El problema surge con aquellos que no quieren ser tratados y ponen en riesgo la salud pública. Si el paciente se niega a declarar quién le transmitió la enfermedad y a quién ha podido contagiar, el médico deberá informar a las autoridades sanitarias al existir un deber de proteger la salud pública superior al de guardar el secreto.
 - En la quinta y última excepción, considera que el médico tiene el derecho y el deber de hablar para esclarecer los hechos. Las actuaciones del órgano instructor nunca constituyen un atentado contra la confidencialidad, ya que las intimidades reveladas por los pacientes carecen de significación en los expedientes deontológicos.
- Conviene hacer algunas precisiones respecto a la obligación de responder

a peticiones legales en causas judiciales, bien porque el juez llame a declarar, o bien porque se pida información del paciente. Según las legislaciones vigentes, el médico no tiene el privilegio de no declarar cuando pudiera seguirse un perjuicio para otros o, incluso, para el propio paciente; y, además, en algunos casos la negativa puede suponerle sanciones muy importantes (28). Podrían resolverse muchos conflictos si el médico tuviera posibilidad de acogerse a la ley para no declarar.

En este sentido, Álvarez-Cienfuegos (18-19) opina que la obligación impuesta a la profesión médica de declarar delitos públicos que conozca en su ejercicio profesional –de la que están eximidas algunas profesiones– choca con el derecho a invocar el secreto profesional en el artículo 24 de la Constitución. Además, debería estar determinado por la ley en qué casos y en razón de qué delitos el médico no podría excusarse con el secreto profesional. A falta de una ley orgánica que regule el secreto, esto queda al arbitrio del juez o del tribunal que, a veces, puede solicitar información indiscriminadamente. Hay quien opina que, cuando el médico piense en conciencia que no debe declarar, podrá negarse, ya que tiene amparo constitucional (29). Y también que, cuando se solicitan informes o datos de la historia clínica, el médico tendrá derecho a exigir que se precise qué datos se necesita. No existe *a priori* un deber de entregar sin motivación judicial suficiente la totalidad de la historia (19).

En un estudio realizado (30), se comprobó que las peticiones, aparte de no realizarse de forma adecuada, eran improcedentes en un 90%. Por otra parte, si en respuesta a una petición de este tipo se entrega la información facilitada por el paciente en el acto médico, podría darse el caso de estar violando con ello el derecho a no testificar contra uno mismo.

Después de todo lo dicho, como observa Herranz (9) en su comentario al artículo 15.5 del Código –que hace referencia a la obligación del médico de facilitar información y pruebas del paciente a otros colegas: inspectores, jueces u otros médicos–, hay que concluir que la disposición ética del médico debe estar abierta a cualquier cooperación que vaya en interés sanitario de sus enfermos. Y debe ponderar cada caso particular para actuar según las circunstancias, sin obstruir la acción judicial ni causar dificultades ni perjuicios al paciente.

Cabría una sexta excepción, que sería el consentimiento del paciente para que el médico pueda revelar el secreto. Esto le daría derecho a hacerlo, pero no

le obligaría: según algunos (15, 31) no constituiría un deber para él. Como se ha señalado más arriba, siempre es mejor que sea el propio paciente el que haga la revelación si ésta es necesaria; y, de no ser así, cuando exista un conflicto entre el deber de secreto, el derecho de protección de la intimidad del paciente y el beneficio social cierto, el médico decidirá en conciencia lo que debe hacer en cada caso.

En algunos países, las normas éticas y legales han precisado más el deber de secreto (32) y señalan que el médico debe respetar y custodiar las confidencias del paciente y que, salvo que sea requerido por la ley, necesita su consentimiento cuando quiere transmitir información a terceros. La excepción a esto último puede darse cuando exista un grave riesgo para terceros identificables. En este caso, aunque no haya leyes específicas, existe un deber de advertirles, que está por encima del deber de confidencialidad.

Cuando un paciente pueda presentar algún conflicto, siempre conviene hablar con él de los límites de la confidencialidad, en orden a conseguir su colaboración y su consentimiento, si ello fuera necesario (32).

En todo caso, la decisión de revelar dependerá de la magnitud del daño y de la posibilidad de buscar, para prevenirlo, otras alternativas que no requieran revelar el secreto (27).

Cuando el peligro no parezca tan importante, el médico decidirá en conciencia qué hacer. En casos de duda, lo prudente será pedir consejo a los organismos profesionales (OMC o Colegios de Médicos).

Beauchamp y Childress (23) hacen una precisión que puede ayudar en caso de conflicto de intereses. En vez del argumento empleado por otros autores ya comentados (15) de que puede haber derecho de revelar secretos, pero no deber; estos autores afirman que no existe derecho a revelar el secreto si no existe un deber fuerte e intransigente de más obligación moral que él. Esta situación se daría en el caso de tener que obedecer la ley o proteger el bienestar del paciente o de la comunidad. Y concluyen que las normas que protegen las confidencias algunas veces deben dejar paso a las normas que protegen otros intereses. Y así, observan que *“algunas veces, el papel del médico puede tener que rendirse a su papel como ciudadano y como protector de los intereses de otros”* [citado en (27)].

En opinión de algunos, disminuiría notablemente el conflicto de intereses

(2) el conocimiento, por parte del paciente, de cuáles son los límites del secreto y el determinar con el médico qué es materia de confidencialidad. También resulta de gran ayuda la determinación de normas éticas más específicas (33).

En nuestro país, como ya hemos señalado anteriormente, falta una ley orgánica del secreto profesional (18); y esto –junto al incumplimiento de los deberes por parte de las instituciones (34-35) y al desconocimiento del Código de Ética por parte de los médicos– hace más difícil la resolución de los conflictos de forma adecuada.

Para concluir este apartado, se pueden resumir las excepciones al secreto en tres puntos:

- 1) cuando el paciente dé su consentimiento (27, 16);
- 2) por mandato de la ley;
- 3) cuando exista un grave riesgo para terceros, para el propio paciente o incluso para el médico, en los casos señalados en el Código.

El consentimiento del paciente será necesario para transmitir información a terceros no involucrados en el cuidado del paciente (36).

Como indican algunas de las opiniones recogidas, ante estas excepciones la decisión final siempre la deberá tomar el médico en conciencia. Y, ante todo conflicto, preguntarnos: ¿hay un deber más fuerte, de más obligación moral que cumplir?. Cuando no sea así, o cuando la parte que solicita la información no se considere justa destinataria (p. ej. empresas, policía, etc.), el paciente deberá dar su consentimiento y será conveniente que sea él mismo quien haga la revelación.

7. Secreto médico en los centros sanitarios

Actualmente, la medicina se ejerce, tanto en instituciones públicas como privadas, en condiciones distintas a como se ha venido ejerciendo hasta los años sesenta. La atención médica universal ha significado un gran beneficio en cuanto a la salud se refiere, pero al mismo tiempo también ha constituido un perjuicio para la preservación del derecho a la intimidad. Hay que intentar buscar el equilibrio entre la calidad de los servicios de salud y las grandes ventajas que, tanto para el paciente como para el médico, proporcionan los avances técnicos, y no perder de vista el valor humano de cada paciente y su intimidad.

La medicina que se ofrece al paciente no es tan personalizada como la practicada hasta bien entrado nuestro siglo. Nos referimos en concreto a la relación médico-paciente, antes constituida por dos personas, que la nueva concepción de la medicina socializada ha cambiado por la de medicina en equipo. Con frecuencia, y sobre todo en el caso de las especialidades médicas, los servicios de salud son ofrecidos por un grupo de varios médicos que es posible que cambien, de forma que no siempre el mismo médico atiende a la misma persona; así pues, el acceso a la intimidad del paciente se ve diversificado. De ahí el cambio del concepto tradicional de secreto médico: a partir de ahora son varios los médicos (miembros de un mismo equipo o de otro al que se haya remitido al paciente por su patología) que deben guardar el secreto; la relación médico-paciente es compartida por todos ellos, así como el secreto, que debe continuar protegiendo la intimidad del paciente.

Mantener el secreto sobre la enfermedad y sobre los datos de la historia clínica del paciente es un derecho reconocido en las cartas de derechos del paciente (15). En la medicina actual –por los motivos apuntados anteriormente–, la discreción, que antes era competencia de un sólo médico, se amplía a todos los miembros del equipo: unos atenderán al paciente, pero el acceso a su historia clínica y exploración y, por tanto, a su intimidad, se les facilita a todos.

El hecho de que los distintos miembros del equipo compartan el secreto puede hacer que este se diluya (7) o que quienes lo conocen sean menos conscientes de su importancia y no pongan los medios adecuados para protegerlo; o bien que todo ello propicie cierta falta de sensibilidad ante situaciones en las que el secreto debe ser especialmente custodiado: tal es el caso, por ejemplo, de comentarios vertidos sobre pacientes –identificables o no– en determinados lugares (ascensores, pasillos, etc.) o reuniones sociales; o el hecho de dejar a la vista documentos médicos, de fotocopiarlos o de trasladarlos de un lugar a otro; etc., (11). Cuando el médico se deja arrastrar por este tipo de situaciones, puede llegar a convertirse en un funcionario más dentro de una institución impersonal (7).

Junto a este factor de la medicina en equipo, existen otros que pueden también entorpecer la custodia de la intimidad del paciente, tales como la falta de discreción y la ligereza con que la sociedad de hoy en día hace uso de la información que se refiere a la vida privada. En efecto, parece existir el derecho a

saberlo todo de los demás, un derecho que justifica el acceso a la intimidad ajena por cualquier medio. También el médico es, en parte, producto de su tiempo y no permanece inmune a cuanto le rodea. A todo ello se debe añadir la escasa formación ética que se imparte primero en las facultades de medicina y luego en los hospitales. De donde se deriva que con frecuencia los médicos den información acerca de los pacientes sin necesidad: a veces a través de comentarios intercambiados entre ellos mismos y no justificados por beneficiar de alguna manera al enfermo; o bien con otros miembros del personal sanitario que desconocen el deber del secreto profesional.

También el paciente contribuye, sin darse cuenta, a la revelación de datos personales, ya que la burocratización del sistema sanitario le puede llevar a dar explicaciones sobre su caso a distintos miembros del personal sanitario: cuando pide hora, cuando quiere aclarar cómo acceder a alguna prueba solicitada por el médico, etc. Se trataría en este caso del secreto derivado (16). El personal sanitario puede dejar escapar comentarios sobre el paciente y hacerlos extensivos al médico, bien preguntándole algún dato (con frecuencia movido simplemente por la curiosidad), o bien intercambiando impresiones o datos, quizá ciertos, sobre el paciente.

El Código de Ética y Deontología Médica hace referencia a las normas de conducta que el médico debe seguir en estas circunstancias. El artículo 17.2 se refiere al secreto compartido por los distintos médicos del equipo. Cada uno es responsable de la totalidad del secreto cuando atiende al paciente y cuando estudia los datos recogidos en su historia y exploraciones. Puesto que estos documentos tendrán que ser manejados por varios médicos, es necesario asegurar su custodia en el centro donde se atiende al paciente.

Herranz (9) comenta que, en este caso, los médicos deberán exigir a la dirección del centro la instauración de sistemas físicos y reglas funcionales de seguridad para la custodia, acceso y circulación de las historias. Los directores de esas instituciones tienen el deber de establecer un procedimiento disciplinario interno destinado a sancionar las infracciones sobre esta materia. Además, deberán también organizar la separación de la documentación clínica, que manejarán los médicos, de la administrativa, que podrá ser analizada y usada por el personal no médico. La historia clínica no podrá usarse nunca como instrumento de control contable o laboral. La no utilización de medios técnicos

que la protejan ha de ser considerada como una negligencia punible (15).

El artículo 16.2 indica la obligatoriedad del secreto para todos los médicos, cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio: medicina pública o privada, servicios de urgencias, inspectores, médicos de empresas, militares, etc. No es posible el ejercicio de la medicina sin la confianza en que el secreto será guardado. Los médicos que dependan de alguna institución o entidad –médicos inspectores, de empresa, militares, de servicios de prisiones, seguros, etc.–, cuando tengan que comunicar a sus superiores conclusiones de orden administrativo –bajas laborales, necesidades especiales de causa médica, derechos a indemnizaciones, etc.–, se limitarán a señalar si el paciente debe seguir con la baja y durante cuánto tiempo o si es o no apto para una actividad laboral determinada; pero no revelarán datos médicos ni el diagnóstico del paciente (9).

El médico también tiene responsabilidad:

- sobre el personal no médico que se ve implicado en la atención del paciente, enseñándole y advirtiéndole del deber de secreto (artículo 17.1 del Código de Ética y Deontología Médica) (2);
- y sobre el funcionamiento sanitario. En el artículo 5.2 del Código se indica la obligación de velar por el buen funcionamiento del sistema y de denunciar las deficiencias. Esto último debe ser realizado con veracidad y sin exageraciones, y siempre con carácter positivo (9). Si se leen los requisitos éticos que establece la Asociación Médica Mundial (AMM) para la atención médica en cualquier sistema de salud, se verán las claras deficiencias del nuestro, algunas de las cuales ya se han indicado aquí (34-35).

Por su parte, el paciente, en caso de advertir alguna deficiencia en la custodia de su documentación clínica, tiene derecho a denunciar al centro o institución correspondiente para que su intimidad se vea convenientemente protegida (15).

La buena marcha de todos los aspectos comentados en este apartado sobre el secreto médico compartido puede verse beneficiada por la existencia y funcionamiento de los Comités de Ética (15), como ya ha sido comentado más arriba.

8. Secreto médico e informática

Las nuevas técnicas de informatización permiten un acceso y recopilación de datos de los pacientes que mejoran y facilitan su atención en los servicios de salud, a la vez que posibilitan el estudio clínico y epidemiológico en la prevención de enfermedades. Por todo esto, la informática en medicina es un nuevo elemento de contribución al bien común. Pero, a la vez, la facilidad de acceso a datos del paciente puede convertirla en un peligro para la libertad del individuo (7, 15, 37). El mal uso que podría hacerse de esos datos constituye un peligro para el derecho a la intimidad que tiene toda persona, del que podría derivarse que muchos pacientes no acudieran a los servicios de salud y que se perdiese el beneficio social del secreto médico.

¿Cómo beneficiarse de estas nuevas técnicas garantizando a la vez la protección de la intimidad?. Dada la complejidad del sistema en el terreno médico, se hace necesario establecer una legislación que garantice el secreto en informática, abarcando un campo más amplio que el de las normas éticas que regulan el ejercicio de la medicina. La Asociación Médica Mundial ya señaló el peligro de que los datos informatizados cayeran en manos de personas ajenas a la medicina que, movidas por otros intereses, los utilizaran con objeto de manipular a la persona (15).

En la investigación médica que requiere el acceso a datos del paciente se han propuesto algunas soluciones que garanticen la protección de la privacidad. Algunos de los requisitos que se exigen en este caso son el consentimiento previo del paciente (2); y el hecho de que los datos se mantengan guardados durante un tiempo con el fin de extraer conclusiones. La legislación que regula este campo es distinta en cada país y no siempre suficiente. Con el fin de garantizar la privacidad y permitir la obtención de grandes beneficios para la salud se proponen dos medidas (37):

- la creación de instituciones destinadas al estudio de los protocolos de investigación y a la comprobación de la custodia de la privacidad, que estarían formadas por diferentes profesionales y grupos de pacientes y cuyos objetivos y competencias deberían tener reconocimiento legal.
- El fortalecimiento del código de ética de investigación durante el período de formación.

Otras opiniones (38) apuntan a que el modo de mantener la privacidad no

es la restricción al acceso de datos. El camino adecuado, dicen, es preservar el anonimato, pero no impedir el desarrollo y las aportaciones de estas técnicas a la salud.

Sea cual sea el campo de aplicación de estas técnicas, parece claro que la informática exige un nuevo modo de defender el secreto: puesto que los medios de defensa frente a esta nueva técnica son mucho más reducidos que los de un fichero tradicional, debe existir una severa legislación que la regule (15) y, a la vez, un código de ética en este campo.

El Código de Ética y Deontología Médica, en su artículo 19, sale al paso y concreta algunos aspectos del deber de secreto en este aspecto. En el artículo 19.1 se señala que la informatización de datos del paciente no puede comprometer su derecho a la intimidad, por lo que los médicos se asegurarán de limitar el acceso a personal no autorizado, a la vez que procurarán ser austeros en la recopilación de datos (9). Y los artículos 19.2 y 19.3 hacen referencia a que los Servicios de Documentación y Archivo de centros y hospitales estarán bajo la responsabilidad de un médico y nunca deberán estar conectados a una red informática no médica (9). Y no basta con limitar el acceso a los datos: es responsabilidad de la institución tomar las medidas necesarias para asegurar que esto se cumple (2).

Como ha quedado expuesto, existe mucha gente involucrada en la custodia de la información del paciente:

- por la medicina en equipo;
- por la organización y burocratización del Sistema de Salud;
- y por las nuevas técnicas que facilitan todavía más el acceso a esa información.

Puesto que la confidencialidad es un derecho, no un privilegio, es necesario que los médicos y el personal sanitario reciban la formación adecuada, encaminada a comprender la importancia del secreto profesional (39).

E. Principios de Bioética

Hasta el momento nos hemos referido en varias ocasiones a los tres principios que regulan la relación médico–enfermo. Cada elemento de la relación, se dice más arriba, hace su aportación. Así :

- el médico aporta el principio de beneficencia;
- el enfermo el principio de autonomía;
- y la sociedad, presente siempre en la relación, el principio de justicia.

Ahora procederemos a resumir y precisar brevemente el contenido de cada uno con objeto de fundamentar la discusión de resultados, en la que solamente se aludirá a ellos.

1. Principio de Beneficencia

Su enunciado podría ser, según comenta Gracia (1), *“favorecer o al menos no perjudicar”*.

El contenido de este principio es doble. Por un lado, en su sentido negativo, sería *“Primum non nocere”* o principio de no maleficencia, el cual obliga de modo primario y es anterior a todo, ya que nunca es lícito hacer el mal. El segundo aspecto sería actuar en beneficio del enfermo, es decir, intentar hacer el bien o ayudar a los demás siempre que ellos voluntariamente lo pidan o lo acepten. Un enfoque paternalista llevaría a actuar en beneficio del paciente incluso sin su consentimiento.

Como síntesis de estos dos principios –no maleficencia y beneficencia–, se formula el de **no hacer mal a nadie y promover el bien**. O, como se enunció al principio: **favorecer o al menos no perjudicar**, entendiendo por favorecer actuar conforme a los principios del consentimiento informado

Cada parte de la relación tiene su propia responsabilidad moral. El principio de beneficencia no debe ejercerse de modo paternalista y absoluto, prescindiendo de la voluntad del paciente, sino que debe articularse con los deberes propios de las otras partes de la relación:

- con la autonomía del paciente
- y con la justicia para la sociedad.

2. Principio de Autonomía

La autonomía del paciente va a ser considerada desde la perspectiva de las elecciones autónomas. Por tanto, este principio hace referencia no a la persona autónoma, sino a las elecciones autónomas.

¿Cuándo se considera que una elección es autónoma?. Como expone Gracia (1) recogiendo las opiniones de Faden y Beauchamp, se requieren algunas características para que las acciones sean autónomas:

- 1) Intencionalidad: se entiende en el sentido de actos queridos, sean estos tanto deseados como tolerados.
- 2) Conocimiento: debe existir una comprensión adecuada, lo que supone entender la naturaleza de la acción y prever sus consecuencias.
- 3) Ausencia de control externo: anularía esta condición la existencia de coerción, manipulación y persuasión.

Estas tres condiciones son necesarias, pero no suficientes, pues se requiere una cuarta y última:

- 4) Autenticidad: un acto es auténtico cuando es coherente con el sistema de valores y con las actitudes generales ante la vida que una persona ha asumido reflexiva y conscientemente. Para comprobar la autenticidad de una acción, se propone la prueba de la decisión negativamente auténtica, que supone que no esté en contradicción o que no rechace dicho sistema de valores, aunque no concuerde positivamente con él.

El principio de autonomía no es ilimitado y absoluto: sus límites son el principio de beneficencia y el de justicia.

3. Principio de Justicia

El acto realizado de un modo aislado en la consulta por el médico y el paciente posee una dimensión social, tanto desde el punto de vista de la salud como un bien público, como porque el hombre es un ser social.

Se entiende la justicia como valor que hace posible que todos los seres humanos realicen su propia perfección.

La justicia así entendida tendría una función reguladora; sería un sistema de referencia para saber si una decisión es justa.

Su enunciado podría ser **trata a cada uno y a todos en conjunto de tal forma que puedan realizar su propia perfección.**

Los tres principios sustentan la resolución de los problemas bioéticos. Son deberes *prima facie* o condicionales y tienen una jerarquía. El primero es el principio de justicia, seguido por el de autonomía y en último lugar el de beneficencia. Los conflictos se resolverán tratando de respetar lo más posible esa jerarquía. Pero, a la vez, siendo fieles a la realidad concreta y contrastándolos con las consecuencias que se siguen de ellos en cada caso.

El secreto es un deber *prima facie* (1, 23, 27), que puede entrar en conflicto con otros deberes morales más fuertes. Los tres principios anteriores, junto a la consideración de las consecuencias, nos ayudarán a tomar la decisión más conveniente.

En la discusión de resultados se pondrán de relieve los principios que rigen las decisiones clínicas de los médicos en los casos planteados.

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

II. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

A. Definición del secreto

Definimos el secreto médico como la **guarda y custodia de la información dada por el paciente al médico y de todo aquello que éste vea, oiga, intuya y/o deduzca durante el acto médico**, cuyas especiales características hacen brotar la confianza en la relación médico-paciente.

B. Objetivos

El objetivo de este estudio consiste en constatar cómo tratan y cómo valoran el secreto los médicos de familia y generales en su ejercicio profesional; o, dicho de otra forma, hasta dónde consideran que llegan los derechos de la privacidad de los pacientes en contraposición a los derechos de información de la sociedad y al deber de secreto que tiene el médico. Trataremos de conocer:

1) Las actitudes de los médicos en su tarea clínica diaria:

- valoración del secreto como fundamento de su ejercicio profesional
- y tratamiento de la información que conocen del paciente: discreción, personas a las que proporcionan esa información, lugares que eligen para hablar del paciente; así como las dificultades que encuentran para guardar el secreto y los pacientes que plantean más conflictos en relación con el deber de secreto.

2) Prioridades en la toma de decisiones para guardar o revelar el secreto:

- Cuándo –en qué situaciones– consideran adecuado dar información:
 - en situaciones de riesgo para terceras partes
 - ante la solicitud de información por terceras partes (otros médicos, familia del paciente, policía, etc.)

- Hasta dónde llegan dando información a terceras partes: cuándo buscan el consentimiento del paciente y cuándo informan sin él.
- 3) Qué factores están asociados a las actitudes de los médicos y a la tendencia a dar información a terceras partes.
 - 4) Si existen diferencias, y cuáles son éstas, entre los médicos que conceden una alta puntuación al secreto médico y aquellos otros que lo consideran un valor más con el que no hay que observar una cautela especial.
 - 5) Aportar soluciones a los conflictos que surgen en el ejercicio de la medicina en relación con el secreto médico.

C. Hipótesis

Comprobar si influye en las actitudes de los médicos:

- 1) La estructura sanitaria actual que, al permitir una información muy compartida acerca del paciente, puede dificultar la guarda del secreto profesional por parte del médico.
- 2) Una sociedad que se cree con derecho a saberlo todo de los demás y que, trivializando el contenido de esta información, induce al médico a no calibrar la vulneración del secreto médico y sus consecuencias.
- 3) La falta de formación en este campo, que impide al médico cuestionarse si debe guardar el secreto o qué soluciones existen para protegerlo.

III. MATERIAL Y MÉTODO

III. MATERIAL Y MÉTODO

A. Material

El material utilizado para este estudio lo constituye una encuesta anónima dividida en dos partes: a) un cuestionario general sobre secreto médico compuesto por 22 preguntas (cfr. Anexo I-B); b) diez casos clínicos de respuesta única (cfr. Anexo I-C). Se incluyen además dos variables sociodemográficas: edad y sexo; y seis referentes a la práctica médica: 1) formación recibida, 2) si es médico general o médico de familia y, en este caso, si la formación ha sido vía Mir o no Mir, 3) lugar de ejercicio profesional (sólo SNS; o SNS con medicina privada), 4) años de experiencia profesional en medicina general o de familia; 5) tipo de pacientes que ven con más frecuencia en la consulta 6) y su nivel cultural. También se incluye la procedencia de la encuesta: si es del medio rural o del medio urbano. (Cfr. Anexo I-A).

1. Encuesta provisional

Para elaborar esta encuesta, que se pretendía fuera fácil de entender y de contestar, se seleccionaron varios artículos sobre encuestas referidas a distintas materias que podían resultar útiles para este estudio (40-51) y que nos orientaron sobre el modo más directo de evaluar el secreto mediante casos clínicos. Por otra parte, encontramos también varios trabajos sobre el mismo tema de la tesis realizados por el Dr. Lako en Holanda y en New Jersey (52-54).

Siguiendo un método análogo al empleado en uno de estos trabajos (54), en julio de 1994 comenzamos a diseñar una encuesta compuesta por nueve casos clínicos (cfr. Anexo II) con varias opciones de respuesta cada uno, pero excluyentes entre sí, en los que había que señalar una sola respuesta. Tres de ellos planteaban la cuestión de proporcionar o no información a terceras partes en situaciones en las que se podía derivar un daño a terceros. En los otros seis casos se solicitaba información al médico por parte de familiares, policía, médicos inspectores, empresas y compañías de seguros. En todos los casos las

respuestas se dividían en dos grandes grupos: 1) no dar nunca información a terceras partes sin consentimiento del paciente y 2) dar información a terceras partes sin consentimiento. Además se incluían las opciones "otra" y "no sé".

Una vez elaborada la encuesta, se consultó a dos médicos de familia: uno de la dirección de Atención Primaria de un área de salud de la Comunidad de Madrid y otro de un centro de salud de otra área de la Comunidad de Madrid; así como a un intensivista con experiencia en la elaboración de este tipo de encuestas. Todos ellos los consideraron casos que se planteaban con frecuencia en atención primaria. También fue revisada por un experto en metodología y estadística, quien sugirió pasarla a un pequeño número de médicos para valorar cómo eran las respuestas y si era preciso hacer modificaciones en los casos clínicos.

En octubre de 1996 se pasó la encuesta provisional entre médicos de familia de distintos centros de salud del área II de la Comunidad de Madrid; y en el centro de salud del área V, en el que trabajaba uno de los médicos que había supervisado la encuesta. Se recogieron diecisiete encuestas, diez del área II y siete del área V.

Con las respuestas e indicaciones que dieron, se reelaboró la encuesta definitiva. A sugerencia de los encuestados, consideramos conveniente cambiar algunos casos clínicos por situaciones que se daban con frecuencia en atención primaria y que no estaban recogidas en la encuesta, tales como el caso de un menor con problemas de drogas. Asimismo, se modificaron algunos de los solicitantes de la información, como el caso del marido que no es informado por su mujer de la enfermedad que ésta padece y que acude al médico para obtener la información. El caso de la compañía de seguros fue sustituido por el de un concurso público de empleo en el que un organismo oficial solicita información. Por último, se revisaron las respuestas de todos los casos, en un intento de hacerlas más específicas respecto al enunciado para de este modo resultar más coherentes con el caso clínico planteado. Se les pedía que señalaran una única respuesta entre las distintas opciones de cada caso. Los encuestados sugirieron también que, para facilitar la concreción en la respuesta, se precisara más la pregunta que se les hacía. Siguiendo esta indicación se cambió la formulación de la pregunta: se les pedía que señalaran lo primero que harían, aunque esto no

fuera –en algunos casos– su decisión final. Con esta forma de preguntar se pretendía que se pusieran más claramente de manifiesto las prioridades del médico en su toma de decisiones; esto es: qué principio de bioética –Autonomía, Beneficencia, Justicia– determinaba el primer paso en la toma de decisiones.

La encuesta así reelaborada fue supervisada por los mismos médicos de familia que habían visto la anterior, quienes dieron su conformidad. Y fue revisada por el experto en estadística, quien también confirmó que podía ser evaluada fácilmente.

La nueva encuesta consta de diez casos clínicos de respuesta única: cuatro (ítems 1 a 4) plantean si dar o no información a terceras partes en situaciones en las que se pueden derivar daños a terceros; y en los otros seis (ítems 5 a 10) se solicita información al médico por parte de un médico inspector, familiares, policía, empresa y un organismo oficial. Las opciones de todos los casos se dividen en los mismos dos grupos de la primera:

- **no informaría sin consentimiento del paciente:**
 - respuestas 1, 2, 3, 4 en los casos 1, 6 y 10;
 - respuestas 1, 2, 3 en los casos 3, 4, 8 y 9;
 - respuestas 1, 2 en los casos 2, 5, 7;
- **informaría sin consentimiento del paciente:**
 - respuestas 3, 4, 5 en los casos 5 y 7;
 - respuestas 4, 5 y 6 en los casos 8 y 9;
 - respuestas 4, 5 en los casos 3 y 4;
 - respuestas 3, 4 en el caso 2;
 - respuestas 5, 6 en los casos 6 y 10;
 - respuesta 5 en el caso 1.
- **Se añaden dos más:**
 - “otra”, abierta para que escriban la respuesta;
 - y, en algunos casos (1, 2, 3 y 4), la consulta con un médico experto en temas éticos o a un comité de ética.

2. Encuesta definitiva

Como con los resultados obtenidos de la encuesta de casos clínicos la información recabada parecía insuficiente, se elaboró un cuestionario general sobre secreto médico. También en el estudio realizado por el Dr. Lako en Holanda (53) emplearon un cuestionario más extenso que los casos clínicos utilizados en New Jersey (54). Dicho cuestionario no está disponible, pues no ha sido traducido al inglés ni publicado. Pero con esta idea, y pensando en algunos aspectos del secreto que sería de interés evaluar, se diseñó el cuestionario que se ha utilizado en el estudio que nos ocupa. Así, se incluyó una sencilla definición del secreto médico seguida de 34 preguntas (cfr. Anexo III). Dicha encuesta fue revisada por lo mismos médicos de familia que la encuesta de casos clínicos, quienes la consideraron demasiado extensa y difícil de contestar. Opinión compartida por el experto en estadística, el cual nos señaló la dificultad de evaluar para poder sacar conclusiones. Siguiendo sus indicaciones, se elaboró un segundo cuestionario más reducido con 22 preguntas (cfr. Anexo I-B):

- diez de respuesta única con opciones excluyentes (escala de medida de actitudes de tipo Likert);
- diez de respuesta múltiple –en cuatro de las cuales debían señalar las opciones por orden decreciente de frecuencia, de más a menos– ;
- y dos de respuesta abierta para recoger sugerencias respecto al tema de estudio.

Esta nueva encuesta volvió a ser revisada por los médicos de familia y por el experto en estadística, que dieron el visto bueno. Para validarla, en noviembre de 1996 se pasó de nuevo entre otro grupo de médicos, esta vez en el área V -en el mismo centro de salud que los casos clínicos- y en el área VI. Se recogieron nueve encuestas del área V y nueve del área VI.

Con las respuestas obtenidas se cambió la presentación de algunas de las preguntas para que quedaran más claras las opciones de respuesta, pero no se modificó en lo sustancial respecto a la que habían contestado.

Una vez elaborada la encuesta definitiva, en diciembre de 1996 se procedió a diseñar la muestra.

B. Método

Como la población a la que ha sido dirigida la encuesta son los médicos de familia y generales de las 11 áreas de salud de la Comunidad de Madrid, hubo que informar a éstas del estudio que se iba a efectuar y solicitar autorización para poder realizarlo.

Dichas gestiones se iniciaron en Enero de 1997. La información fue enviada por escrito a la atención del Gerente o del Director Médico de Atención Primaria de cada una de las áreas (cfr. Anexo IV), excepto a una en la que el Técnico de Salud consideró que era suficiente la información proporcionada por teléfono para gestionarlo. La información constaba de:

- los datos personales de quien realizaba el estudio y de quien lo dirigía;
- tema y objetivos de la tesis;
- población a la que iba dirigida;
- material y método a emplear.

Además se solicitaban los datos necesarios para diseñar la muestra, tales como:

- número de médicos de familia y generales del área (señalando por separado los del modelo tradicional o de cupo y los de equipo) distribuidos por centros de salud;
- número de centros de salud; dirección y teléfono de cada uno;
- así como poblaciones que comprendía el área para saber su extensión.

Cuatro áreas denegaron su autorización para el estudio; de éstas, tres lo hicieron de palabra y sin dar razones de ello. La cuarta contestó por escrito alegando que no era de interés para el área. Las otras siete dieron su conformidad. Pero, aunque se solicitaba contestación –si era posible– para una fecha determinada con objeto de seguir el ritmo programado en la tesis, no se obtuvieron todos los datos hasta finales de Marzo de 1997.

El total de médicos que participaron en el estudio fueron 1678, pertenecientes a las áreas II, V, VII, VIII, IX, X y XI de la Comunidad de Madrid (CAM). Partiendo de esta población se obtuvo la muestra (n) de forma proporcionada al número de médicos de cada área. Se estimó que el tamaño adecuado de la muestra debería ser 150 para que fuese representativa del total

de la población. Dado que el 50% de los encuestados no suele responder, se amplió la muestra a 300 (cfr. Tabla 1).

TABLA 1.- POBLACIÓN DE LA CAM DE LA QUE SE EXTRAJO LA MUESTRA (n)*					
área	n° centros	médicos		total médicos	n
		eap	mt (cupo)		
II	18	151	57	208	37
V	30	250	59	309	55
VII	22	159	142	301	54
VIII	19	157	22	179	32
IX	15	151	11	162	29
X	12	130	1	131	24
XI	35	304	84	388	70
total				1.678	301

eap: equipos de atención primaria
mt: modelo tradicional o médicos de cupo
total médicos: de eap y cupo en el área
n: muestra (n° de médicos a los que se les pasó la encuesta en cada área)

* **Nota:** la muestra (n) de cada área se obtuvo dividiendo el total de médicos de cada área por el n° total de médicos que entraban en el estudio (1678) y multiplicando el resultado por el tamaño de la muestra (300). La obtención de la n de cada área está señalada en la tabla del área correspondiente (ver tablas 2-8).

Los centros se buscaron aleatoriamente en cada área, procurando que estuvieran representadas las diferentes zonas que la integraban (medio rural y urbano, fundamentalmente). Después se informó a las direcciones de las áreas de los centros de salud seleccionados para conocer el nombre del coordinador y para que, si les parecía oportuno, les hicieran llegar el estudio que se iba a realizar, facilitando de este modo su colaboración. De hecho, en las áreas en que se hizo así se consiguieron más encuestas. A través del coordinador de cada centro se solicitó la colaboración voluntaria de los médicos, informándoles éste del estudio y la forma de colaborar. En uno de estos centros, que no fue informado del estudio por la dirección del área correspondiente, tuvimos que enviar todo de nuevo para que decidieran el interés y el rigor del estudio. En otro, el coordinador del centro tuvo que informarse personalmente en la dirección del área; y en otros centros que tampoco habían recibido información, los coordinadores tuvieron que contactar de nuevo con la dirección de las áreas

correspondientes para solicitar que les hicieran llegar la información recibida, así como su conformidad con la realización del estudio, ya que, aunque naturalmente esto no obligaba a los médicos a colaborar, sí podía facilitar su participación.

Una vez confirmada su colaboración, se concertó una cita a la hora en que solían reunirse para sesiones clínicas, de forma que pudiera asistir el mayor número posible de médicos del centro que desearan participar. En esta reunión se les explicó el objetivo del estudio, material y método que se iba a seguir. Se les pidió que respondieran con sinceridad, teniendo en cuenta sus valores y juicios personales, y se les garantizó el anonimato de la encuesta. La asistencia fue muy desigual. En todos los centros, un médico –generalmente el coordinador– se quedó con el número de encuestas suficientes para poder explicar y repartirlas entre los que no habían podido asistir. Estas reuniones comenzaron el 31 de Marzo de 1997 y terminaron el 8 de Mayo del mismo año.

Respecto al tiempo que se tardó en recoger las encuestas, fue muy variable. Excepto en algún centro, en el que las hicieron en una semana, en la mayoría tardaron más de tres semanas e incluso más de un mes, por lo que hubo que prolongar el tiempo de recogida para obtener el número de encuestas necesarias. La recogida de las encuestas se hizo personalmente en cada centro. En tres casos se recogieron en las direcciones de las áreas correspondientes por tratarse de poblaciones más alejadas de la capital. También recibimos por correo alguna encuesta que no se había entregado en el centro en la fecha de recogida. En las tablas 2 a 8 se detallan los Centros de Salud seleccionados y el número de encuestas pasadas y recogidas por áreas y se señala entre paréntesis el porcentaje de encuestas recogidas respecto a la muestra de cada área .

TABLA 2.- MUESTRA CORRESPONDIENTE AL ÁREA II				
Población total: 208 médicos				
$n = (208:1678)300 = 37,187$				
centros de salud seleccionados	médicos encuestados		total encuestados	encuestas respondidas
	eap	mt (cupo)		
Mejorada del Campo	9	-	9	7
Goya 2	11	7	18	8
Segre	5	6	11	5
TOTAL			38	20 (53%)

TABLA 3.- MUESTRA CORRESPONDIENTE AL ÁREA V				
Población total: 309 médicos				
$n = (309:1678)300 = 55,224$				
centros de salud seleccionados	médicos encuestados		total encuestados	encuestas respondidas
	eap	mt (cupo)		
Villaamil	7	3	10	6
Fuencarral	12	5	17	10
Miraflores (Alcobendas)	8	1	9	7
Colmenar Viejo	6	1	7	7
Algete	12	-	12	8
TOTAL			55	38 (69%)

TABLA 4.- MUESTRA CORRESPONDIENTE AL ÁREA VII				
Población total: 301 médicos				
$n = (301:1678)300 = 53,814$				
centros de salud seleccionados	médicos encuestados		total encuestados	encuestas respondidas
	eap	mt (cupo)		
Guzman El Bueno	7	9	16	8
Tribulete	9	3	12	7
Pº Extremadura	11	7	18	6
Águilas II	8	-	8	8
TOTAL			54	29 (54%)

TABLA 5.- MUESTRA CORRESPONDIENTE AL ÁREA VIII				
Población total: 179 médicos				
$n = (179:1678)300 = 32,002$				
centros de salud seleccionados	médicos encuestados		total encuestados	encuestas respondidas
	eap	mt (cupo)		
Ramón y Cajal (Alcorcón)	12	-	12	6
Bartolomé Glez (Móstoles)	9	2	11	6
Navalcamero	9	-	9	5
TOTAL			32	17 (53%)

TABLA 6.- MUESTRA CORRESPONDIENTE AL ÁREA IX				
Población total: 162 médicos				
$n = (162:1678)300 = 28,963$				
centros de salud Seleccionados	médicos encuestados		total encuestados	encuestas respondidas
	eap	mt (cupo)		
Pizarro (Leganés)	8	3	11	9
Panaderas (Fuenlabrada)	12	-	12	4
Humanes	7	-	7	6
TOTAL			30	19 (63%)

TABLA 7.- MUESTRA CORRESPONDIENTE AL ÁREA X				
Población total: 131 médicos				
$n = (131:1678)300 = 23,420$				
centros de salud seleccionados	médicos encuestados		total encuestados	encuestas respondidas
	eap	mt (cupo)		
Centro II (Getafe)	8	-	8	7
Pintores (Parla)	11	-	11	10
Griñón	6	-	6	5
TOTAL			25	22 (88%)

TABLA 8.- MUESTRA CORRESPONDIENTE AL ÁREA XI				
Población total: 388 médicos				
$n = (388:1678)300 = 69,368$				
centros de salud seleccionados	médicos encuestados		total encuestados	encuestas respondidas
	eap	mt (cupo)		
Aranjuez	18	-	18	9
Toledo	6	2	8	5
Guayaba	21	4	25	12
Los Ángeles	18	4	22	15
TOTAL			73	41(56%)

Se obtuvieron 186 encuestas. Para su evaluación se procedió a separar las preguntas de respuesta única de las de respuesta múltiple o ítems multidimensionales.

- Veintisiete eran de respuesta única que incluyen:
 - diez preguntas del cuestionario general: 1, 2, 8, 10, 12, 14, 16, 17, 18 y 19 (que se corresponden con las variables V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15, V16, V17 respectivamente, que se señalan en el análisis de resultados en el capítulo IV);
 - los diez casos clínicos (correspondientes a las variables V18 a V27 inclusive, que se indican en el análisis de resultados en el capítulo IV)

- y seis de las variables: 2, 3, 4, 5, 6 y 7 (cfr. V2, V3, V4, V5, V6 y V7 respectivamente, del análisis de resultados en el capítulo IV);
- Además, se añadió un ítem que se señaló como nº 1 para tener en cuenta la procedencia de la encuesta –del medio rural o urbano– (cfr. V1 del capítulo IV).
- Doce eran de respuesta múltiple que incluyen:
 - diez preguntas del cuestionario general: 7, 9, 11, 13, 15 y 20 (cfr. V30, V31, V32, V33, V34 y V35 respectivamente, del análisis de resultados en el capítulo IV) y
 - 3, 4, 5 y 6, también del cuestionario general, que requerían repuestas por orden de frecuencia y se evaluaron aparte (cfr. V36 a V39 inclusive, del análisis de resultados en el capítulo IV) y
 - dos de las variables referentes a la práctica médica: 8 y 9 (cfr. V28 y V29 del análisis de resultados en el capítulo IV).
- Las dos de respuesta abierta del cuestionario general: 21 y 22, también se evaluaron aparte (cfr. V40 y V41 del análisis de resultados del capítulo IV).

En la evaluación de las variables de respuesta única (cfr. V1 a V27 del capítulo IV), se dio valor de -1 a aquellas que no habían sido respondidas o en las que se había señalado más de una respuesta o no se entendía. Estas se imprimieron en un disquete (cfr. Anexo V) para hacer un estudio descriptivo e inferencial a través del paquete de programas estadísticos SPSS para Windows, versión 6.1, y así poder sacar las conclusiones pertinentes. El contenido de este estudio se detalla en el capítulo IV. Las variables de respuesta múltiple fueron incluidas en el disquete en un planing distinto (cfr. Anexo VI y VII) para sacar el tanto por ciento de las opciones más contestadas.

Se ha medido la fiabilidad del test utilizado para valorar si se cometen pocos errores al utilizarlo. Como es sabido, en la fiabilidad influye la longitud del test (a mayor nº de ítems, mayor fiabilidad) y la homogeneidad (menor fiabilidad) y la heterogeneidad de la muestra (mayor fiabilidad). En este estudio se concluye, por un lado, que la muestra de médicos es relativamente homogénea y, por otro, que la primera parte de la encuesta (el cuestionario sobre secreto médico), al ser un cuestionario de actitudes y no de aptitudes, exige menor

fiabilidad. Se utiliza el coeficiente alpha (α) de Cronbach, que permite calcular la Escala una sola vez. El valor de α siempre es ≤ 1 .

El índice de fiabilidad para la Escala compuesta por las variables V8 a V27 se calculó mediante el paquete estadístico SPSS para Windows, mediante la ventana estadística Escalas. Aparece para la Escala total de las variables V8-V27 un alpha de 0,5095, que es aceptable para este tipo de Escalas.

La subescala compuesta por las variables V8-V17 tiene un alpha próxima a 0, pero, como ya se ha comentado anteriormente, por tratarse de una escala de actitudes exige menor fiabilidad. Además, lo que se pretendía con este cuestionario era explorar lo que piensan los médicos sobre el secreto.

Por el contrario, la subescala compuesta por las variables V18-V27 tiene un alpha de 0,5652, bastante alta. Es decir, las variables que componen la subescala V18-V27 miden mejor y más consistentemente el secreto médico. Con este segundo cuestionario se ha pretendido averiguar cómo manejan el secreto en la práctica clínica y sus prioridades para guardarlo o revelarlo.

IV. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

IV. RESULTADOS ESTADÍSTICOS

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se trata de un estudio transversal en el que se han analizado por separado las variables de respuesta única (V1-V27) empleado técnicas multivariantes, de las de respuesta múltiple o ítems multidimensionales (V28-V39) y aquellas que son de respuesta abierta (V40-V41).

I. ESQUEMA

A. Análisis estadístico de las variables de respuesta única (V1 a V27)

1. Análisis descriptivo o exploratorio de los datos

Se hace un análisis descriptivo de cada una de las 27 variables de respuesta única (cfr. V1-V27), estudiando frecuencias, porcentajes, mediana, moda, desviación típica y gráficas de barras de cada una.

1.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de práctica médica (V1-V7).

1.2. Análisis descriptivo de las variables del cuestionario sobre secreto médico (V8-V17).

1.3. Análisis descriptivo de las variables de los casos clínicos (V18-V27).

2. Estadística bivariante

Se realizan los análisis siguientes:

2.1. Análisis inferencial

Se hace un contraste de medias de las variables dicotómicas o de clasificación -V1, V3, V4 y V5- con las variables del cuestionario sobre secreto médico (V8-V17). Se comprueba si existen diferencias significativas entre las medias con un nivel de significación de $p \leq 0,05$. Con aquellas variables en las que hay dificultad de interpretación con la

media, se utilizan las gráficas de barras correspondientes a la variable de que se trate y a la dicotómica correspondiente para poder interpretar correctamente los resultados (cfr. Anexo IX).

2.2. Análisis descriptivo

Mediante las gráficas de barras de las variables dicotómicas con las variables de los casos clínicos (V18-V27) se hace un estudio descriptivo determinando la opción más contestada (cfr. Anexo X).

2.3. Prueba de independencia

Se busca la relación entre pares de variables mediante chi-cuadrado (χ^2), determinando la independencia o dependencia entre ellas. Se analizan por separado las variables del cuestionario sobre secreto (V8-V17) de las de los casos clínicos (V18-V27).

3. Estadística multivariante

Se realiza un análisis exploratorio tratando de encontrar los factores o grupos de variables mejor definidos en el estudio, mediante:

3.1. Análisis factorial

Tiene como objetivo encontrar un número reducido de variables no observables que se denominan factores, y que explican la covariación del conjunto original de factores (variables latentes). Cada factor estará definido por un conjunto de ítems o variables. En este estudio se utiliza, como análisis exploratorio, empleando la técnica de Análisis de Componentes Principales y Rotación Varimax que intenta maximizar la varianza de los factores. Para definir los factores se han tomado saturaciones o peso en el factor de al menos | 0,40 |.

3.2. Cluster análisis o de conglomerados

Se trata de una técnica clasificatoria para buscar grupos similares de variables o ítems que se van agrupando en conglomerados. Se clasifican las variables en grupos lo más homogéneos posible. Mediante el

dendograma, pueden observarse los Cluster o conglomerados diferenciados.

B. Análisis estadístico de las variables multifactoriales o de respuesta múltiple.

1. Análisis de las variables de respuesta múltiple (V28-V35).
2. Análisis de las variables de respuesta múltiple por orden de frecuencia (V36-V39).

C. Análisis estadístico de las variables de respuesta abierta (V40 y V41).

II. DESARROLLO

A. Análisis estadístico de las variables de respuesta única (V1 a V27)

1. Análisis exploratorio o descriptivo

- Los porcentajes que se comentan en cada variable, hacen referencia a la frecuencia absoluta, que tiene en cuenta las encuestas no contestadas en cada variable.
- Las gráficas de barras, correspondientes a las variables, se encuentran en el Anexo VIII.

1.1. Análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de práctica médica

- **V1:** procedencia del medio rural (1) o urbano (2).

Frecuencia: 186 encuestas.

- De las 186 encuestas recogidas, el 74,7% (139 encuestas) procede del medio urbano y el 25,3% (47 encuestas) del medio rural.

En la tabla 9 se recogen las frecuencias y porcentajes de esta variable.

• V2: edad.

Frecuencia: 179 encuestas de respuesta válida.

Existe una gran variabilidad: Desv. tip. > 1.

Para esta variable el valor de la moda es de 37.

Mediana y moda coinciden, por lo que la distribución es simétrica.

- El 9,7% (18 encuestas) tiene 37 años, siendo los valores extremos 28 y 67.
- El 1,6% (3 encuestas) tiene 28 años.
- El 0,5% (1 encuesta) tiene 67 años.
- El 3,8% (7 encuestas) no contesta.

En la tabla 9 se recogen los grupos de edad con su frecuencias y porcentajes correspondientes.

• V3: sexo. Varón (1) Mujer (2).

Frecuencia: 185 encuestas de respuesta válida.

Existe poca variabilidad: Desv. tip. < 1.

El valor de la moda es 1.

Mediana y moda coinciden para esta variable, siendo la distribución simétrica.

- El 52,7% (98 encuestas) son varones y el 46,8% (87 encuestas) son mujeres.
- El 0,5% (1 encuesta) no contesta.

En la tabla 9 se recoge las frecuencias y porcentajes de esta variable.

• V4: formación recibida, ya que en atención primaria hay médicos generales y médicos de familia. Vía Mir (1). Vía no Mir (2).

Frecuencia: 181 encuestas de respuesta válida.

Hay poca variabilidad: Desv. tip. < 1.

La moda tiene un valor de 2 y coincide con la mediana para esta variable.

- El 50,5% (94 encuestas) no ha tenido formación Mir y el 46,8% (87 encuestas) si la ha tenido por vía Mir.
- El 2,7% (5 encuestas) no contesta.

En la tabla 9 se recogen las frecuencias y porcentajes de esta variable.

- **V5:** lugar de ejercicio profesional. SNS (1) SNS+privada (2).
Frecuencia: 186 encuestas de respuesta válida.
Hay poca variabilidad: Desv. tip. < 1.
La moda tiene un valor de 1. Coinciden mediana y moda para esta variable.
 - Todas las encuestas se pasaron en centros de salud porque la gran mayoría de médicos generales y de familia están en el SNS, siendo muy pocos los que solamente trabajan en la medicina privada. Esto explica la poca variabilidad y el valor de la moda.
 - El 91,4% (170 encuestas) trabaja sólo en el SNS y el 8,6% (16 encuestas) lo hace compatible con la medicina privada.

En la tabla 9 se recogen las frecuencias y porcentajes de esta variable.

- **V6:** número de años de ejercicio profesional en medicina general o de familia.
Frecuencia: 184 encuestas de respuesta válida.
Existe una gran variabilidad: Desv. tip. > 1.
La moda es de 2.920 días (8 años) y la mediana de 3.650 días (10 años).
 - Hay gran variabilidad, oscilando entre 10 días (1 encuesta) y 39 años (1 encuesta). Un 7,5% (14 encuestas) lleva 8 años, otro 7,5% (14 encuestas) lleva 10 años. Un 1,1% (2 encuestas) no contesta.

En la tabla 9 se recogen los grupos de años de ejercicio profesional con las frecuencias y porcentajes correspondientes.

- **V7:** media de número de pacientes por día.
Frecuencia: 184 encuestas de respuesta válida.
Hay también gran variabilidad: Desv. tip. > 1.
La moda y la mediana coinciden en un valor de 40.
 - El 18% (35 encuestas) ve una media de 40 pacientes por día.
 - Un 0,5% (1 encuesta) ve sólo 15 pacientes por día.
 - Otro 0,5% (1 encuesta) ve 100 pacientes por día.
 - No contesta el 1,1% (2 encuestas).

En la tabla 9 se recogen los grupos de la media de número de paciente/día con las frecuencias y porcentajes correspondientes.

TABLA 9.- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DE PRACTICA MÉDICA					
Variables		Grupos	Frecuencia	%	No contestan (%)
V1	procedencia	Rural	47	(25,3)	
		Urbano	139	(74,7)	
V2	edad	28-37 años	92	(49,5)	(3,8) (7 encuestas)
		38-47 años	54	(29,2)	
		>47 años	33	(17,7)	
V3	sexo	Varón	98	(52,7)	(0,5)
		Mujer	87	(46,8)	(1 encuesta)
V4	formación	Mir	87	(46,8)	(2,7)
		No Mir	94	(50,5)	(5 encuestas)
V5	lugar de ejercicio	SNS	170	(91,4)	-
		SNS + privada	16	(8,6)	
V6	tiempo de ejercicio profesional	0-13 años	125	(67,20)	(1,1) (2 encuestas)
		14-27 años	45	(24,19)	
		>27 años	14	(7,52)	
V7	nº pacientes/día	15-30	55	(29,56)	(1,1) (2 encuestas)
		31-46	85	(45,69)	
		47-62	32	(17,20)	
		>62	12	(6,45)	

1.2. Análisis descriptivo de las variables del cuestionario sobre secreto médico

- **V8:** cfr. pregunta nº 1 del cuestionario sobre secreto médico.

Frecuencia: 186 encuestas de respuesta válida.

Hay poca variabilidad: Desv. tip. < 1.

La moda y la mediana coinciden en un valor de 4.

Para la mayoría de los encuestados, el secreto constituye un valor fundamental en su actividad médica:

- Un 65,1% (121 encuestas) le da **mucho valor**, y un 31,7% (59 encuestas) señala valorarlo bastante.
- Sólo el 3,2% (6 encuestas) le da **poco o ningún valor**: un 2,7% (5 encuestas) lo valora poco y 0,5% (1 encuesta) no le da ningún valor.

- **V9:** cfr. pregunta nº 2 del cuestionario sobre secreto médico.

Frecuencia: 185 encuestas de respuesta válida.

Hay poca variabilidad: Desv. tip. < 1.

La moda y la mediana coinciden en un valor de 2.

La gran mayoría de los médicos dice tener pocas dificultades para guardar el secreto:

- Un 77,4% (144 encuestas) lo señala así: **pocas dificultades**.
- Sólo un 16,7% (31 encuestas) dice tener **dificultades con frecuencia**.
- y un 0,5% (1 encuesta) **muchas dificultades**.
- El 4,8% (9 encuestas) señala que **nunca** tienen dificultades.
- El 0,5% (1 encuesta) no contesta.

- **V10:** cfr. pregunta nº 8 del cuestionario sobre secreto médico.

Frecuencia: 186 encuestas de respuesta válida.

Hay poca variabilidad: Desv. tip. < 1.

La moda y mediana coinciden en un valor de 2.

La tendencia es a hacer **pocos comentarios** sobre la vida del paciente y que no tengan que ver con su estado de salud a quien pudiera identificarle:

- Así lo señala el 58,6% (109 encuestas).
- Un 37,6% (70 encuestas) no los hace **nunca**.
- Sólo un 3,2% (6 encuestas) los hace **con frecuencia**
- y 0,5% (1 encuesta) dice hacerlos **siempre**.

- **V11:** cfr. pregunta nº 10 del cuestionario sobre secreto médico.

Frecuencia: 184 encuestas de respuesta válida.

Existe poca variabilidad: Desv. tip. < 1.

La moda y mediana coinciden en un valor de 2.

De nuevo, la tendencia es a hacer **pocos comentarios** de datos más reservados del paciente, aunque tengan que ver con su estado de salud, a quien pudiera identificarle.

- Así lo indica el 52,2% (97 encuestas).
- El 41,9% (78 encuestas) dice no hacer **ningún comentario**.
- Sólo un 4,8% (9 encuestas) los hace **con frecuencia**.
- El 1,1% (2 encuestas) no contesta.

• **V12:** cfr. pregunta nº 12 del cuestionario sobre secreto médico.

Frecuencia: 181 encuestas de respuesta válida.

También hay poca variabilidad en este ítem: Desv. tip. < 1.

La moda y mediana coinciden en un valor de 2.

La mayoría contesta **pocas veces** a comentarios que, sobre el paciente, le puedan hacer personal del centro de salud o de su consulta privada:

- El 60,8% (113 encuestas) dice actuar así.
- El 23% (44 encuestas) no los hace **nunca**.
- Sólo el 11,8% (22 encuestas) los hace **bastantes veces**.
- y el 1,1% (2 encuestas) señala contestar **siempre**.
- El 2,7% (5 encuestas) no contestan

• **V13:** cfr. pregunta nº 14 del cuestionario sobre secreto médico.

Frecuencia: 186 encuestas de respuesta válida.

Nuevamente aparece poca variabilidad siendo la Desv. tip. < 1.

La moda y mediana coinciden en un valor de 2.

- Una gran mayoría -55,9% (104 encuestas)- da **alguna información** cuando se la solicitan por teléfono.
- El restante 44,4% (82 encuestas) **no la da nunca**.

• **V14:** cfr. pregunta nº 16 del cuestionario sobre secreto médico.

Frecuencia: 181 encuestas de respuesta válida.

Hay poca variabilidad: Desv. tip. < 1.

La moda y la mediana coinciden en un valor de 2.

- Un 47,3% (88 encuestas) opina que el acceso a las historias clínicas en su centro de trabajo reúne **pocas condiciones** para la guarda del secreto médico.
- y un 19,4% (36 encuestas) señala que **ninguna**.
- Mientras que el 27,4% (51 encuestas) piensa que reúnen **bastantes condiciones**.
- y un 3,2% (6 encuestas) reúne **todas las condiciones**.
- El 2,7% (5 encuestas) no contesta.

- **V15:** cfr. pregunta nº 17 del cuestionario sobre secreto médico.
 - Frecuencia: 186 encuestas de respuesta válida.
 - De nuevo existe poca variabilidad: Desv. tip. < 1.
 - La moda y mediana coinciden en un valor de 3.
 - El 48,4% (90 encuestas) utiliza **bastantes veces** siglas cuando tiene que reseñar datos más delicados del paciente en su historia clínica o en la petición de pruebas.
 - El 9,7% (18 encuestas) dice hacerlo así **siempre**.
 - Por el contrario, el 33,3% (62 encuestas) señala hacerlo **pocas veces**.
 - y el 8,6% (16 encuestas) no lo hace **nunca**.

- **V16:** cfr. pregunta nº 18 del cuestionario sobre secreto médico.
 - Frecuencia: 182 encuestas de respuesta válida.
 - Hay poca variabilidad: Desv. tip. < 1.
 - La moda y mediana coinciden en un valor de 4.
 - La mayoría -68,8% (128 encuestas)- **siempre** presenta los datos clínicos del paciente de forma que no sea identificado tanto en las sesiones clínicas como en las publicaciones.
 - El 21,0% (39 encuestas) lo hace así **bastantes veces**.
 - Sólo el 5,4% (10 encuestas) actúa de esta forma **pocas veces**.
 - y el 2,7% (5 encuestas) señala no hacerlo nunca.
 - El 2,2% (4 encuestas) no contesta.

- **V17:** cfr. pregunta nº 19 del cuestionario sobre secreto médico.
 - Frecuencia: 160 encuestas de respuesta válida.
 - Hay poca variabilidad: Desv. tip. < 1.
 - La moda y mediana coinciden en un valor de 2.
 - El 38,7 % (72 encuestas) señala que se informa **poco** al personal no médico sobre la importancia de guardar el secreto médico.
 - El 27,7% (46 encuestas) señala que **nunca** lo hacen.
 - Sólo el 12,9% (24 encuestas) dice hacerlo **bastantes veces**.
 - El 9,7% (18 encuestas) señala hacerlo **siempre**.
 - El 14% (26 encuestas) no contesta.

1.3. Análisis descriptivo de las variables de los casos clínicos

- **V18:** cfr. nº 1 de los casos clínicos.

Frecuencia: 174 encuestas de respuesta válida.

Hay variabilidad: Desv. tip. > 1.

Coinciden moda y mediana con un valor de 2.

- ▶ El 59,1% (110 encuestas) elige la opción 2: **le insistiría todo lo posible para que acceda a hacerse las pruebas y/o advierta a su mujer del riesgo.**
- ▶ El 15,1% (28 encuestas) elige la opción 3: **le propondría una cita con los dos para poder resolver sus temores y dudas y que cuenten con mi apoyo.**
- ▶ El 14,0% (26 encuestas) elige la opción 1: **sólo le hablaría sobre la enfermedad y contagio, para que comprenda el riesgo que puede hacer correr a su mujer.**
- ▶ El 1,1% (2 encuestas) elige la opción 4: **le pediría que me dejara informar a su mujer.**
- ▶ El 4,3% (8 encuestas) elige la opción 7: otra. De estas respuestas:
 - El 3,7% (7 encuestas) estaría incluido en la opción **no informar sin consentimiento**;
 - el 1,6% (3 encuestas) trataría de que informe a su mujer o de protegerla del contagio;
 - el 1,6% (3 encuestas) se limitaría a informar sobre la enfermedad y mecanismos de transmisión;
 - y el 0,53% (1 encuesta) dejaría que el paciente decida lo que quiera sin meterse en el tema).
 - Sólo en el 0,5% (1 encuesta) se señala que si no accede a las pruebas informaría a su mujer y por tanto **informaría sin consentimiento.**
- ▶ El 6,5% (12 encuestas) no contesta
- ▶ Ninguno elige las opciones 5 (**Informaría a su mujer del posible riesgo sin pedirle su consentimiento**) y 6 (**Consultaría a un médico experto en temas éticos o a un comité de ética**).
 - Por tanto del 93,6% (174 encuestas), el 93,0% (173 encuestas) señala

que como primer paso **no informaría sin consentimiento** a la mujer aunque se trate de un caso de SIDA. De estas respuestas:

- el 76,9% (143 encuestas) pondría todos los medios para que se de cuenta de la gravedad de la situación y que debe informar a su mujer;
- el 15,6% (29 encuestas) sólo hablaría de la enfermedad y mecanismos de transmisión y el 0,53% (1 encuesta) no entraría en el tema y dejaría que el paciente decida lo que quiera.
- Solamente el 0,5% (1 encuesta) señala que si no accede a las pruebas **informaría a la mujer sin consentimiento**.

• **V19:** cfr. nº 2 de los casos clínicos.

Frecuencia: 176 encuestas de respuesta válida.

Hay variabilidad: Desv. tip. > 1.

Moda y mediana coinciden en un valor de 2.

- ▶ El 71,5% (133 encuestas) elige la opción 2: **le daría la baja y le insistiría todo lo posible para que deje de tomar estimulantes y beber.**
- ▶ El 3,2% (6 encuestas) elige la opción 1: **sólo lo remitiría a un centro de rehabilitación.**
- ▶ El 2,7% (5 encuestas) elige la opción 3: **informaría al médico de empresa sin pedirle su consentimiento.**
- ▶ El 7,5% (14 encuestas) elige la opción 5: **consultaría a otro médico experto en temas éticos o a un comité de ética.**
- ▶ El 9,7% (18 encuestas) elige la opción 6: **otra.** De estas respuestas:
 - El 9,2% (17 encuestas) se manifiesta partidario de **no informar sin consentimiento** en un primer momento; aunque 2,5% (5 encuestas) precisan que informarían al médico de empresa, a inspección médica e incluso a la empresa, si se negara a aceptar la baja o a cambiar de hábitos.
 - Sólo un 0,5% (1 encuesta) además de darle la baja hablaría con el médico de empresa ante posible riesgo, y por tanto **informaría sin consentimiento.**
- ▶ El 5,4% (10 encuestas) no contesta.

- ▶ Ninguno elige la opción 4: **informaría a la empresa sin pedirle su consentimiento.**
 - Por tanto sólo el 3,2% (6 encuestas), **informaría sin consentimiento** del paciente y lo haría al médico de empresa, nunca a la empresa directamente.
 - El 83,6% (156 encuestas) **no informaría sin consentimiento**; de este porcentaje:
 - el 77,3% (144 encuestas) le daría la baja e intentaría que dejara sus hábitos tóxicos, bien insistiéndole o enviándolo a un centro de rehabilitación o a un especialista en psiquiatría;
 - el 4,2% (8 encuestas) sólo lo enviaría a un centro de rehabilitación o especialista en psiquiatría;
 - y el 2,1% (4 encuestas) sólo le haría tomar conciencia de la peligrosidad de su situación y de las consecuencias que podrían derivarse de su actitud irresponsable, si no se tomaran medidas para evitar cualquier tipo de accidente.
 - El 7,5% (14 encuestas) consultaría antes de tomar una decisión con un experto en temas éticos o con un comité de ética.
- **V20:** cfr. nº 3 de los casos clínicos.
 - Frecuencia: 172 encuestas de respuesta válida.
 - Hay variabilidad: Desv. tip. > 1.
 - Moda y mediana coinciden en el valor de 2.
- ▶ El 34,9% (65 encuestas) elige la opción 2: **pondría todos los medios para convencerla y que hable con sus padres.**
- ▶ El 24,2% (45 encuestas) elige la opción 3: **le propondría una cita con ella y sus padres, para apoyarles y ayudarles en lo que necesiten.**
- ▶ El 18,8% (35 encuestas) elige la opción 1: **sólo hablaría con ella sobre el aborto.**
- ▶ El 3,8% (7 encuestas) elige la opción 5: **informaría a la trabajadora social.**
- ▶ El 1,1% (2 encuestas) elige la opción 6: **consultaría a otro médico experto en temas éticos o a un comité de ética.**
- ▶ El 9,7% (18 encuestas) elige la opción 7: otra. Todas las respuestas de esta opción están incluidas en **no informar sin consentimiento**. De éstas:

- El 3,2% (6 encuestas) hablaría con ella para conocer su situación familiar y sus verdaderos deseos.
- El 2,6% (5 encuestas) le sugeriría que hablara con sus padres.
- El 2,1% (4 encuestas) la derivaría a un centro de ginecología y obstetricia.
- El 1,1% (2 encuestas) la remitiría a la trabajadora social después de hablar con ella.
- El 0,5% (1 encuesta) la remitiría a un experto en el tema.
- ▶ El 7,5% (14 encuestas) no contesta.
- ▶ Ninguno elige la opción 4: **informaría a sus padres sin pedirle su consentimiento.**
 - Por tanto el 87,6% (163 encuestas) **no informarían sin el consentimiento** de la paciente. De estas respuestas:
 - el 61,7% (115 encuestas), trataría de que hablara con sus padres, bien a través de una conversación con ella -37,5% (70 encuestas)- o proponiéndole una cita con ella y sus padres: 24,2% (45 encuestas);
 - el 22% (41 encuestas) sólo hablaría con ella sobre el aborto, su situación familiar y sus verdaderos deseos, etc.;
 - el 2,1% (4 encuestas) sólo la derivaría a un centro de ginecología y obstetricia; el 1,1% (2 encuestas) la remitiría a la trabajadora social tras hablar con ella;
 - y el 0,5% (1 encuesta) la remitiría a un experto en el tema.
 - Solamente el 3,8% (7 encuestas) **informaría a terceros sin consentimiento** y lo haría a la trabajadora social; ninguno a sus padres.
 - El 1,1% (2 encuestas) consultaría antes de tomar una decisión con un médico experto en temas éticos o con un comité de ética.

• **V21:** cfr. nº 4 de los casos clínicos.

Frecuencia: 168 encuestas de respuesta válida.

Hay variabilidad: Desv. tip. > 1.

Moda y mediana coinciden en un valor de 3.

- ▶ El 36% (67 encuestas) elige la opción 3: **le propondría una cita con sus**

padres para que cuenten con mi apoyo.

- ▶ El 35,5% (66 encuestas) elige la opción 2: **intentaría por todos los medios convencerle para que hable con sus padres.**
- ▶ El 8,1% (15 encuestas) elige la opción 1: **sólo remitiría al chico al psicólogo.**
- ▶ El 7,0% (13 encuestas) elige la opción 4: **informaría a sus padres sin pedirle su consentimiento.**
- ▶ El 0,5% (1 encuestas) elige la opción 5: **informaría a la trabajadora social.**
- ▶ El 3,2% (6 encuestas) elige la opción 7: otra. Todas las respuestas estarían en la opción de **no informar sin consentimiento**. De éstas:
 - El 2,8% (5 encuestas) trataría de que los padres estén informados, bien porque el hijo lo haga directamente, lo que supone el 1,7% (3 encuestas) o a través de una cita con sus padres, que representa el 1,1% (2 encuestas).
 - El 0,5% (1 encuesta) sólo lo remitiría a la consulta de psiquiatría.
- ▶ El 9,6% (18 encuestas): no contesta.
- ▶ Ninguno elige la opción 6 : **consultaría con otro médico experto en temas éticos o con un comité de ética.**
 - Por lo tanto el 82,8% de los médicos (154 encuestas), **no informaría a terceros -ni a sus padres ni a la trabajadora social- sin consentimiento** aunque se trate de un menor de edad. De éstos:
 - el 74,3% (138 encuestas) trataría de que los padres estuvieran informados con el consentimiento del hijo,
 - mientras que el 8,6% (16 encuestas) sólo lo remitiría al psicólogo o a un especialista en psiquiatría.
 - Sólo **informaría a terceros sin consentimiento** el 7,5% (14 encuestas), de éstos el 7,0% (13 encuestas) informaría a sus padres y el 0,5% (1 encuesta) a la trabajadora social.

- **V22:** cfr. nº 5 de los casos clínicos.

Frecuencia: 167 encuestas de respuesta válida.

Hay variabilidad: Desv. tip. > 1.

La moda y la mediana coinciden en 3.

- ▶ El 51,6% (96 encuestas) elige la opción 3: **hablaría previamente con la**

paciente sobre mi opinión y con o sin su consentimiento informaría al médico inspector.

- ▶ El 14,5% (27 encuestas) elige la opción 5 : **daría esta información sin pedirle su consentimiento.**
- ▶ El 10,2% (19 encuestas) elige la opción 2: **daría esta información después de obtener el consentimiento verbal o escrito de la paciente.**
- ▶ El 9,7% (18 encuestas) elige la opción 4: **daría esta información sin pedirle su consentimiento si considero que es lo mejor para la paciente.**
- ▶ El 0,5% (1 encuesta) elige la opción 1: **nunca le daría esta información.**
- ▶ El 3,2% (6 encuestas) elige la opción 6 : otra. De estas respuestas:
 - El 2,7% (5 encuestas) **informarían sin consentimiento**, pero el 0,5% (1 encuesta) hablaría antes con la paciente para comunicarle su decisión.
 - El restante 0,5% (1 encuesta) **no informaría sin consentimiento** y propondría un entrevista inspector-paciente.
- ▶ El 10,2% (19 encuestas): no contesta.
 - Por lo tanto el 78,5% (146 encuestas) **informaría al médico inspector sin consentimiento**. De estos resultados:
 - el 52,13% (97 encuestas) lo hablaría antes con el paciente, pero con o sin su consentimiento, informaría al médico inspector;
 - el 16,6% (31 encuestas), daría la información sin pedir consentimiento al paciente;
 - el 9,7% (18 encuestas) actuaría de la misma forma si considera que esto es lo mejor para el paciente.
 - Sólo el 11,2% (21 encuestas) **no daría esta información al inspector sin el consentimiento del paciente.**

- **V23:** cfr. nº 6 de los casos clínicos.

Frecuencia: 169 encuestas de respuesta válida.

Hay variabilidad: Desv. tip. > 1.

Moda y mediana coinciden en 5.

- ▶ El 21,0% (39 encuestas) elige la opción 5: **sólo se lo diría al hijo y le haría ver la conveniencia de que se lo dijera a su padre.**
- ▶ El 15,1% (28 encuestas) elige la opción 2: **informaría al paciente cuando**

traiga los resultados de las pruebas, sólo si éste me pregunta.

- ▶ El 12,4% (23 encuestas) elige la opción 6: **sólo se lo diría al hijo y le dejaría que el decidiera sobre la conveniencia de informar a su padre.**
- ▶ El 9,7% (18 encuestas) elige la opción 4: **no haría caso y de forma progresiva iría diciendo al paciente lo que tiene.**
- ▶ El 8,1% (15 encuestas) elige la opción 1: **nunca daría esta información a la familia saltándome al paciente.**
- ▶ El 8,1% (15 encuestas) elige la opción 3: **esperaría a que el paciente se diera cuenta por la evolución de la enfermedad y me pregunte qué pasa.**
- ▶ El 16,7% (31 encuestas) elige la opción 7: otra. De estas respuestas:
 - El 6,3% (12 encuestas) estaría en la opción, **no informar sin consentimiento**, de las que 1,6% (3 encuestas), se lo diría al paciente sólo si pregunta.
 - El 9% (17 encuestas) estaría dentro de la opción de **informar sin consentimiento**.
 - El restante 1,1% (2 encuestas) optaría por las dos posibilidades, dependiendo de la capacidad del paciente.
- ▶ El 9,1% (17 encuestas) no contesta.
 - Por tanto, el 47,3% (88 encuestas) **no informaría sin consentimiento** ya que dan prioridad al paciente a la hora de informar, aunque un 24,8% (46 encuestas) lo harían si éste le pregunta.
 - El 42,4% (79 encuestas) **informaría sin consentimiento**, dando prioridad a la familia sobre el paciente.
 - El 1,1% (2 encuestas) optaría por las dos posibilidades, dependiendo de la capacidad del paciente.

Se observa en las repuestas a esta variable, preocupación por las circunstancias del paciente (si está capacitado, si es una enfermedad grave, etc.) que condiciona la elección de la respuesta.

- **V24:** cfr. nº 7 de los casos clínicos.

Frecuencia: 175 encuestas de respuesta válida.

Hay variabilidad: Desv. tip. > 1.

La moda para esta variable es de 2 y la mediana tiene un valor de 3, por lo que la distribución no es simétrica.

- ▶ El 28,5% (53 encuestas) elige la opción 2: **hablaría antes con el paciente y le pediría su consentimiento verbal o escrito.**
- ▶ El 23,7% (44 encuestas) elige la opción 3: **hablaría antes con el paciente y le diría que la policía me ha pedido información y se la voy a dar.**
- ▶ El 11,8% (22 encuestas) elige la opción 4: **daría esta información sin pedirle su consentimiento si considero que es lo mejor para el paciente.**
- ▶ El 8,1% (15 encuestas) elige la opción 1: **nunca les daría esta información.**
El 0,5% de este grupo (1 encuesta) si la daría al juez.
- ▶ El 7,5% (14 encuestas) elige la opción 5: **daría esta información sin pedirle su consentimiento.**
- ▶ El 14,5% (27 encuestas) elige la opción 6: **otra.**
 - El 12,9% (24 encuestas) **no daría información a la policía sin consentimiento.** De estas respuestas:
 - el 9% (17 encuestas) daría información al juez, de las que el 8,5% (16 encuestas) la daría sin consentimiento del paciente y el 0,5% (1 encuesta) si lo solicitaría antes de hacerlo;
 - un 1,1% (2 encuestas) informaría al médico forense; 0,5% (1 encuesta) les diría que le pregunten al paciente;
 - un 1,1% (2 encuestas) consultaría con un experto en ética o un comité de ética;
 - otro 1,1% (2 encuestas) consultaría antes con un abogado para saber si sólo deben informar ante el juez.
 - El 1,6% restante (3 encuestas) **informaría a la policía sin consentimiento del paciente,** de las que el 1,1% (2 encuestas) lo haría así, sólo en caso que supusiese riesgos para terceros no informar.
- ▶ El 5,9% (11 encuestas) no contesta.
 - Por tanto, el 49,5% (92 encuestas), **no informarían a la policía sin consentimiento:**
 - el 9,5% (18 encuestas) sí lo haría ante el juez; y de estos resultados:
 - el 9% (17 encuestas) informaría sin consentimiento;

- y el 0,5%(1 encuesta) lo haría con consentimiento;
- el 1,1% (2 encuestas) informaría al médico forense sin consentimiento expreso del paciente;
- el 28,5% (53 encuestas) solicitaría antes el consentimiento del paciente.;
- un 1,1% (2 encuestas) consultaría antes con un experto en ética o con un comité de ética;
- y otro 1,1% (2 encuestas) consultaría con un abogado para saber si sólo deben informar al juez;
- el 8,1% (15 encuestas) restante no daría nunca esta información a la policía.
- El 44,6% (83 encuestas) **informaría a la policía sin consentimiento del paciente.** De estos resultados:
 - sólo el 23,7% (44 encuestas) informaría antes al paciente de su decisión y el 1,1% (2 encuestas) sólo actuaría así, si no informar implicase riesgos para terceros;
 - El restante 19,8% (37 encuestas) informaría a la policía sin consentimiento del paciente.
- **V25:** cfr. nº 8 de los casos clínicos.
 - Frecuencia: 177 encuestas de respuesta válida.
 - Hay variabilidad: Desv. tip. > 1.
 - Moda y mediana coinciden en un valor de 3.
- El 39,2% (73 encuestas) elige la opción 3: **comentaría los resultados con el trabajador y le pediría su consentimiento verbal o escrito para enviarlos a la empresa.**
- El 26,9% (50 encuestas) elige la opción 1: **nunca les daría esta información.**
- El 11,8% (22 encuestas) elige la opción 2: **sólo se la daría al servicio médico de la empresa y en caso de que no lo tuviera informaría al trabajador.**
- El 10,8% (20 encuestas) elige la opción 4: **comentaría los resultados con el trabajador y le informaría que voy a enviarlos al departamento de recursos humanos de la empresa.**
- El 0,5% (1 encuestas) elige la opción 6: **enviaría el informe al departamento de recursos humanos de la empresa sin pedirle su consentimiento.**

- ▶ El 5,9% (11 encuestas) elige la opción 7: **otra**. Todas estas respuestas entrarían en la opción **no informar sin consentimiento** al departamento de recursos humanos de la empresa. Pero sí informaría sin consentimiento:
 - El 4,7% (9 encuestas) a inspección médica.
 - El 0,5% (1 encuesta) lo haría al servicio médico de empresa y de no existir, informaría a inspección médica.
 - Otro 0,5% (1 encuesta) lo haría al servicio médico.
- ▶ El 4,8% (9 encuestas) no contesta.
- ▶ Ninguno elige la opción 5: **comentaría los resultados al trabajador y los enviaría al departamento de recursos humanos de la empresa sin pedirle su consentimiento**.
 - Por tanto, el 83,8% (156 encuestas), **no informaría a la empresa sin consentimiento** del paciente. De estos resultados:
 - el 26,9% (50 encuestas) nunca informaría a la empresa;
 - el 39,2% (73 encuestas) comentaría previamente los resultados con el trabajador y le pediría su consentimiento verbal o escrito para enviarlo a la empresa;
 - el 12,8% (24 encuestas) informaría al servicio médico de la empresa y de ellos el 12,3% señala que de no existir éste:
 - el 11,8% (22 encuestas) daría la información al paciente,
 - y 0,5% (1 encuesta) a la inspección médica;
 - y el 4,7% (9 encuestas) remitirían a la empresa a la inspección médica.
 - El 11,3% (21 encuestas) **informarían sin consentimiento del paciente a la empresa**. De éstos,
 - el 10,8% (20 encuestas) comentaría previamente los resultados con el trabajador, informándole de su decisión de enviarlo a la empresa, sin pedirle su consentimiento;
 - el 0,5% restante (1 encuesta) enviaría el informe al departamento de recursos humanos directamente, sin comentar ni pedir consentimiento al paciente.

- **V26:** cfr. nº 9 de los casos clínicos.

Frecuencia: 174 encuestas de respuesta válida.

Hay variabilidad: Desv. tip. > 1.

La moda tiene un valor de 1 y la mediana de 2.

- ▶ El 36% (67 encuestas) elige la opción 1: **nunca daría esta información. Pediría que me dieran un baremo a tener en cuenta en el reconocimiento y diría sólo si se ajustan o no al baremo, porque considero que sólo debo informar de resultados médicos.**
- ▶ El 24,7% (46 encuestas) elige la opción 2: **sólo daría los resultados al candidato, para que los presente él en el sitio que corresponda.**
- ▶ El 19,4% (36 encuestas) elige la opción 4: **comentaría los resultados al candidato y le informaría que tengo que enviar esa información al organismo oficial.**
- ▶ El 8,1% (15 encuestas) elige la opción 3: **comentaría los resultados al candidato y le pediría su consentimiento verbal o escrito para enviar esa información.**
- ▶ El 2,7% (5 encuestas) elige la opción 6: **enviaría esa información al organismo oficial sin pedirle su consentimiento.**
- ▶ El 1,1% (2 encuestas) elige la opción 5: **comentaría los resultados con el candidato y sin pedirle su consentimiento informaría al organismo oficial.**
- ▶ El 1,6% (3 encuestas) elige la opción 7: **otra.** De estas respuestas:
 - 1,1% (2 encuestas) **no informarían sin consentimiento**, 0,5% no informaría en ningún caso al organismo oficial y otro 0,5% comentaría los resultados con el candidato y con su consentimiento, enviaría la información respecto a un baremo.
 - El 0,5% (1 encuesta), **informaría sin consentimiento**, al organismo oficial si éste le contratase para hacer estos reconocimientos.
- ▶ El 6,5% (12 encuestas) no contesta.
 - Por tanto, el 69,9% (130 encuestas) se muestra partidario de **no informar** al organismo oficial respecto a lo que éste les pide, **sin consentimiento** del paciente. Pero de éstos,
 - el 36% (67 encuestas), sí la daría, sin consentimiento, si se les diera un baremo para dar sólo información médica;
 - el 24,7% (46 encuestas) sólo daría los resultados al candidato para que los presente donde corresponda;
 - el 8,1% (15 encuestas) comentaría los resultados con el candidato

- y le pediría su consentimiento verbal o escrito para enviar la información al organismo oficial;
- el 0,5% (1 encuesta) no daría esta información en ningún caso y el restante 0,5% (1 encuesta) la daría con consentimiento previo del candidato y sólo información médica.
- El 23,73% (44 encuestas) sí **enviaría la información solicitada al organismo oficial, sin consentimiento:**
 - el 19,4% (36 encuestas), comentaría los resultados con el candidato y le informaría que tiene que enviarlos al organismo oficial;
 - el 3,2% (6 encuestas), enviaría los resultados al organismo oficial sin comentar con el candidato ni solicitar su consentimiento;
 - el 1,1% (2 encuestas), comentaría los resultados con el candidato y sin pedirle su consentimiento, los enviaría al organismo oficial..
- **V27:** cfr. nº 10 de los casos clínicos.
- Frecuencia: 173 encuestas de respuesta válida.
- Hay variabilidad: Desv. tip. > 1.
- Moda y mediana tiene un valor de 2.
- ▶ El 41,4% (77 encuestas) elige la opción 2: **hablaría con la paciente para que se lo diga ella a su marido.**
 - ▶ El 28,5% (53 encuestas) elige la opción 3: **pediría el consentimiento verbal o escrito de la paciente para decírselo yo, si ella no quiere hacerlo personalmente.**
 - ▶ El 10,2% (19 encuestas) elige la opción 4: **les citarían a los dos juntos para hablar de lo que le pasa a su mujer.**
 - ▶ El 7,5% (14 encuestas) elige la opción 1: **nunca le daría esta información.**
 - ▶ El 2,2% (4 encuestas) elige la opción 5: **le daría la información al marido sin pedirle el consentimiento a la paciente si creo que es lo mejor para ella.**
 - ▶ El 3,2% (6 encuestas) elige la opción 7: **otra.** Todas las respuestas entrarían en la opción de **no informar sin consentimiento:**
 - El 1,1% (2 encuestas) remitiría al marido a la paciente. El 1,1% (2 encuestas) le daría información general, que está pasando un mal

- momento y necesita apoyo, pero no informaría sobre la enfermedad.
- El 0,5% (1 encuesta) hablaría con ella tratando de decidir con su consentimiento lo mejor para ella.
 - Otro 0,5% (1 encuesta) solamente hablaría con ella sin entrar en si debe o no informar al marido.
- ▶ El 7,0% (13 encuestas) no contesta.
- ▶ Ninguno elige la opción 6: **le daría la información al marido sin pedirle su consentimiento.**
- Por tanto, el 90,8% (169 encuestas) **no informaría sin consentimiento** al marido; de este grupo:
 - nunca le informaría el 10,7% (20 encuestas);
 - el 80,1% restante, trataría de que el marido fuera informado,
 - bien por su mujer: 41,4% (77 encuestas),
 - bien por el médico con el consentimiento previo de la paciente: 28,5% (53 encuestas),
 - o bien citándoles a los dos juntos: 10,2% (19 encuestas).
 - Sólo el 2,2% (4 encuestas) **daría información sin consentimiento** de la paciente, si cree que esto es lo mejor para ella.

2. Estadística bivariante

2.1. Análisis inferencial (V1-V17)

Se realiza este análisis a partir del contraste de medias entre las variables dicotómicas (V1,V3,V4 y V5) y el resto de las variables hasta V17. Como se ha dicho anteriormente, con algunas variables hemos tenido que recurrir a las gráficas de barras para poder interpretar correctamente los resultados. Esto sucede con las variables V8 y V16 respecto a V1; V10 y V11 respecto a V4; y V10 y V17 respecto a V5.

Las gráficas de barras de estas variables se encuentran en el Anexo IX.

- **V1: rural (1), urbano (2). Respecto a:**

- V2 (edad): **no hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p > 0,05$),

no existiendo por tanto, dependencia entre estas variables. La media para los médicos rurales es 39,51 y para los del medio urbano es 39,85. En ambos grupos la media de edad se sitúa **alrededor de los 40 años**.

-V3 (sexo): **no hay diferencia** entre los dos grupos ($p > 0,05$), por tanto no hay dependencia entre estas variables. La media para los médicos rurales es 1,48 y para los de medio urbano es 1,46. En ambos grupos parece existir **mayor número de hombres que de mujeres, aunque esta diferencia es insignificante**, ya que entre los médicos rurales que representan el 25,3% (47 encuestas) de la muestra, están casi igualados (hombres 51,06% -24 encuestas- y mujeres 48,93% -23 encuestas-) y entre los médicos de zona urbana, el 52,23% (74 encuestas) son hombres y el 46,04% (64 encuestas) son mujeres.

-V4 (formación de los médicos generales y de familia: vía Mir (1) vía no Mir (2)): **no hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p > 0,05$), por lo que no existe dependencia entre estas variables. La media de los médicos rurales es 1,48 y de los de zona urbana es 1,52. Ambos grupos parecen estar muy igualados en cuanto a su formación existiendo un **número muy semejante de Mir y no Mir** en ambas zonas.

-V5 (lugar de ejercicio profesional: SNS (1) SNS y privada (2)): **no hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p > 0,05$), siendo estas variables, por tanto, independientes. La media de los médicos rurales es 1,085 y de los de zona urbana es 1,086. En ambos grupos, **la mayoría trabajan en el SNS**. Como ya se explicó en el análisis descriptivo de esta variable, todas las encuestas se pasaron en SNS, porque es donde trabajan la mayoría de los médicos generales y de familia. Esto explica los resultados del análisis inferencial de esta variable.

-V6 (número de días de ejercicio profesional en medicina general o de familia): **no hay diferencia** entre los dos grupos ($p > 0,05$), por lo que no existe dependencia entre ellas. La media de los médicos rurales es 4.345,6 días y de los de zona urbana es 4.422,1 días. En ambos grupos la media de **tiempo de ejercicio es aproximadamente 12 años**.

-V7 (media de número de pacientes por día): **hay diferencia significativa** ($p < 0,05$), por lo que estas variables son dependientes. La media entre los médicos rurales es de 46 y de 39 para los de zona urbana. Por tanto, **los médicos que están en poblaciones rurales ven más pacientes al día, que los de zonas urbanas**.

-V8 (cfr. pregunta nº 1 del cuestionario sobre secreto): **no hay una clara diferencia entre los dos grupos** ($p > 0,05$), por lo que no parecen dependientes. La media de los médicos rurales es 3,72 y de los de zona urbana es 3,57. Por lo tanto la tendencia de los dos grupos es a **valorar mucho el secreto** médico.

-V9 (cfr. pregunta nº 2 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia significativa** ($p > 0,05$), por lo que no hay dependencia entre ellas. La media de los médicos rurales es 2,14 y la de los de zona urbana es 2,12. Ambos grupos coinciden en señalar que tiene **pocas dificultades para guardar el secreto**.

-V10 (cfr. pregunta nº 8 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia significativa** ($p > 0,05$), siendo independientes estas variables. La media para los médicos rurales es 1,63 y para los de zona urbana es 1,67. Ambos grupos tienden a hacer **pocos comentarios acerca de la vida del paciente** y que no tengan que ver con su estado de salud, a quien pudiera identificarle.

-V11 (cfr. pregunta nº 10 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia significativa** ($p > 0,05$), no existiendo dependencia entre estas variables. La media para los médicos rurales es 1,55 y para los de zona urbana es 1,64. Ambos grupos tienden a hacer **pocos comentarios acerca de datos más reservados de paciente** aunque tenga que ver con su estado de salud, a quien pudiera identificarle.

-V12 (cfr. pregunta nº 12 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia significativa** ($p > 0,05$), por lo que estas variables son independientes. La media para los médicos rurales es 1,87 y para los de zona urbana es 1,91. Ambos grupos tienden a **comentar poco del paciente** cuando alguien del centro o de la consulta en la que trabaja le hace algún comentario acerca del paciente.

-V13 (cfr. pregunta nº 14 del cuestionario sobre secreto): **hay diferencia** entre los dos grupos ($p < 0,05$), siendo estas variables dependientes. La media entre los médicos rurales es 1,74 y entre los de zona urbana es 1,49. Por lo tanto, parece que **los médicos del medio rural tienden a dar más información de los pacientes cuando ésta se les solicita por teléfono, que los de zona urbana**. En los primeros la tendencia es a hacerlo algunas veces, mientras que en los segundos es a no darla nunca.

-V14 (cfr. pregunta nº 16 del cuestionario sobre secreto): **no hay**

diferencia entre los dos grupos ($p > 0,05$) por lo que no hay dependencia entre estas variables. La media en los médicos rurales es 2,06 y en los de zona urbana es 2,17. Ambos grupos **consideran que el acceso a las historias clínicas en su centro reúne pocas condiciones** para guardar el secreto.

-V15 (cfr. pregunta nº 17 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** entre los dos grupos ($p > 0,05$), no existiendo dependencia entre estas variables. La media para los médicos rurales es 2,70 y para los de zona urbana es 2,55. Ambos grupos **tienden a usar bastantes veces expresiones o siglas para reseñar discretamente datos delicados** del paciente a la hora de escribirlos en la historia, pedir pruebas, etc.

-V16 (cfr. pregunta nº 18 del cuestionario sobre secreto): **no hay una clara diferencia** entre los dos grupos ($p \geq 0,05$), por lo que no parece existir dependencia entre estas variables aunque pueda dudarse por la media. La media entre los de zona rural es 3,41 y entre los de zona urbana es 3,65. La opción más contestada en ambos grupos es la 4, pero la respuesta de los médicos rurales está más repartida entre las cuatro opciones que presenta la pregunta, como se observa en los gráficos de barras de esta variable; por eso la media da algo más baja que en los de zona urbana. Por tanto, al presentar datos clínicos en sesiones clínicas o publicaciones, **los médicos de las dos zonas tienden a presentarlos siempre de forma que el paciente no sea identificado.**

-V17 (cfr. pregunta nº 19 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** entre los grupos ($p > 0,05$), por lo que no existe dependencia entre las variables. La media en los médicos rurales es 2,02 y en los de zona urbana es 2,39. Ambos grupos coinciden en señalar que **se tiende a explicar poco, al personal del centro, la importancia y necesidad de guardar el secreto profesional.**

• **V3: sexo (varón (1), mujer (2)). Respecto a:**

-V1 (procedencia del medio rural o urbano): cfr. esta variable en V1 respecto a V3.

-V2 (edad): **hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p < 0,05$) existiendo dependencia entre estas variables. La media de edad para los varones está en 43 (media = 42,67) y para las mujeres en 37 (media = 36,55). **Los varones tiene mayor media de edad que las mujeres.**

-V4 (formación vía Mir (1) o vía no Mir (2)): **hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p \leq 0,05$), por lo que son variables dependientes. La media para los de formación vía Mir es 1,40, y para los de vía no Mir es 1,61. Por tanto, parece que **la tendencia entre los varones es a tener formación por vía no Mir, mientras entre las mujeres es por vía Mir.**

-V5 (lugar de ejercicio profesional: SNS (1) SNS y privada (2)): también **hay diferencia significativa** con esta variable entre los dos grupos ($p < 0,05$), siendo por tanto dependientes. La media para los que trabajan sólo en el SNS es 1,03 y para los que lo hacen compatible con la privada es 1,12. Por lo tanto, parece observarse una **tendencia mayor entre los varones a hacer compatible su trabajo en el SNS con la medicina privada, mientras que entre las mujeres la tendencia es a trabajar sólo en el SNS.**

-V6 (tiempo de ejercicio profesional en medicina general o medicina de familia): **hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p < 0,05$) y dependencia entre estas variables. La media entre los varones es 5.504 días (15 años de media) y entre las mujeres es 3.085 días (8 años y medio de media). Por lo tanto **los varones llevan más tiempo de ejercicio en la medicina general o de familia que las mujeres.**

-V7 (media del número de pacientes por día): **no hay diferencia** entre los dos grupos ($p > 0,05$), siendo por tanto, independientes. La media para los varones es 41 y para las mujeres es 40. Ambos grupos **tienden a ver una media de 40 pacientes por día.**

-V8 (cfr. pregunta nº 1 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** entre los dos grupos ($p > 0,05$), no existiendo dependencia entre estas variables. La media entre los varones es 3,62 y entre las mujeres es 3,59. La tendencia tanto entre los varones como entre la mujeres, es a valorar **mucho** el secreto como fundamento de su ejercicio profesional.

-V9 (cfr. pregunta nº 2 del cuestionario sobre secreto): **hay diferencia** entre los dos grupos ($p < 0,05$) y por tanto dependencia entre estas variables. La media entre los varones es 2,04 y entre las mujeres es 2,21. Aunque tanto los varones como las mujeres dicen tener **pocas** dificultades para guardar el secreto, **se observa que las mujeres parecen tener algo más de dificultad.**

-V10 (cfr. pregunta nº 8 del cuestionario sobre secreto): **Hay diferencia** significativa entre los dos grupos ($p < 0,05$), existiendo dependencia entre las

variables. La media entre los varones es 1,59 y entre las mujeres es 1,75. Aunque ambos grupos tienden a hacer **pocos** comentarios a quien pudiera identificar al paciente, referentes a su vida y que no tengan que ver con su estado de salud, las mujeres tienden a hacer más comentarios de este tipo, que los varones.

-V11 (cfr. pregunta nº 10 del cuestionario sobre secreto): también hay diferencia significativa ($p < 0,05$) y por tanto dependencia entre estas variables. La media entre los varones es 1,48 y entre las mujeres es 1,78. Los varones tienden mas a no hacer **nunca** comentarios, a quien pudiera identificar al paciente, de datos más reservados de éste, aunque tengan que ver con su estado de salud, que las mujeres que tienden a hacer **pocos** comentarios de este tipo.

-V12 (cfr. pregunta nº 12 del cuestionario sobre secreto): de nuevo existe diferencia entre los grupos ($p < 0,05$) y dependencia entre estas variables. La media entre los varones es 1,81 y entre las mujeres es 2,00. Aunque ambos grupos tienden a contestar **poco** a comentarios de datos del paciente si alguien del centro o consulta donde trabaja los hace, las mujeres tienden a hacer algunos más que los varones.

-V13 (cfr. pregunta nº 14 del cuestionario sobre secreto): hay diferencia entre los dos grupos ($p < 0,05$), existiendo dependencia entre las variables. La media entre los varones es 1,46 y entre las mujeres es 1,65. Por tanto, los varones tienden a no dar **nunca** información de los pacientes por teléfono; mientras que las mujeres tienden a dar **poca** información.

-V14 (cfr. pregunta nº 16 del cuestionario sobre secreto): no hay diferencia significativa entre los dos grupos ($p > 0,05$) siendo estas variables independientes. Los varones tienen una media de 2,14 y las mujeres también de 2,14. Ambos coinciden en señalar que el acceso a las historias clínicas en su centro de salud, reúne **pocas** condiciones para guardar el secreto.

-V15 (cfr. pregunta nº 17 del cuestionario sobre secreto): no hay diferencia entre los grupos ($p > 0,05$) y por tanto hay independencia entre las variables. La media en los varones es 2,59 y en las mujeres es 2,60. Ambos grupos coinciden en usar **bastantes veces** siglas o expresiones en la historia clínica, petición de pruebas, etc. cuando tiene que reseñar datos del paciente que por su naturaleza pueden ser más delicados.

-V16 (cfr. pregunta nº 18 del cuestionario sobre secreto médico): **tampoco hay diferencia** entre los dos grupos para esta variable ($p > 0,05$), siendo las variables independientes. La media en los varones es 3,59 y en las mujeres es 3,62. Ambos grupos **coinciden en salvaguardar siempre la identidad del paciente cuando tiene que presentar datos clínicos en sesiones o publicaciones.**

-V17 (cfr. pregunta nº 19 del cuestionario sobre secreto): **no existe diferencia** entre los grupos ($p > 0,05$), por lo que no hay dependencia entre las variables. Los varones tiene una media de 2,16 y las mujeres de 2,00. Ambos grupos **coinciden en señalar que pocas veces se explica al personal no médico del centro de salud la importancia de guardar el secreto.**

• **V4: formación en medicina general o medicina de familia, (vía Mir (1) vía no Mir (2)). Respecto a:**

-V1 (procedencia del medio rural o urbano): cfr. esta variable en V1 respecto a V4.

-V2 (edad): **hay diferencia significativa** ($p < 0,05$) y, por tanto, dependencia entre las variables. La media para los formados por vía Mir es 35,27 y para los de vía no Mir es 44,02. Se observa que hay una **media de edad más elevada –44 años– entre los que se han formado vía no Mir, que entre los que se han formado vía Mir que son más jóvenes –35 años–.**

-V3 (sexo: varón (1) mujer (2)): **parece existir diferencia significativa** ($p \leq 0,05$) y dependencia entre las variables. La media en el grupo formado vía Mir es 1,57 y de los no Mir es 1,36. **La tendencia es a prevalecer la formación vía Mir en las mujeres, mientras que en los hombres es la vía no Mir.**

-V5 (lugar de ejercicio profesional: SNS (1) SNS y privada (2)): **existe diferencia significativa** ($p < 0,05$) y dependencia entre estas variables. Los formados por la vía Mir tienen una media de 1,01 y los no Mir de 1,14. Por lo tanto **parece observarse una mayor tendencia a compatibilizar el trabajo en el SNS con la privada entre los formados por vía no Mir que entre los formados por vía Mir.**

-V6 (tiempo de ejercicio profesional en medicina general o medicina de familia): **hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p < 0,05$) y dependencia entre las variables. La media de los Mir es 2.391 días

(aproximadamente 6,5 años) y de los no Mir es 6.255 días (aproximadamente 17 años). **Llevan, por tanto, más años de ejercicio los formados por vía no Mir que los Mir.**

-V7 (media del número de pacientes por día): **no hay diferencia** entre los dos grupos ($p > 0,05$), no existiendo dependencia entre las variables. La media entre los Mir es 38,74 mientras que entre los no Mir es 42,49. No parece existir gran diferencia entre **los dos grupos que ven aproximadamente el mismo número de pacientes al día.**

-V8 (cfr. pregunta nº 1 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** entre los grupos ($p > 0,05$), siendo estas variables independientes. La media entre los formados por vía Mir es 3,54 y entre los no Mir es 3,68. **Tanto los formados por vía Mir como los no Mir, dan mucho valor al secreto como fundamento de su actividad médica.**

-V9 (cfr. pregunta nº 2 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** entre los dos grupos ($p > 0,05$), siendo independientes estas variables. La media de los formados por vía Mir es 2,13 y de los no Mir es 2,13. **Ambos grupos tienen pocas dificultades para guardar el secreto.**

-V10 (cfr. pregunta nº 8 del cuestionario sobre secreto): **hay diferencia significativa** entre los grupos ($p < 0,05$), existiendo dependencia entre las variables. Los formados por vía Mir tienen una media de 1,75 y los no Mir de 1,52. Aunque **ambos grupos tienden a hacer pocos comentarios a quien pudiera identificar al paciente, referentes a la vida de éste,** y que no tengan que ver con su estado de salud, **parece que esta tendencia es mayor entre los Mir que entre los no Mir;** éstos, como puede observarse en las gráficas de barras, eligen la opción 1 (nunca), en mayor proporción que los Mir.

-V11 (cfr. pregunta nº 10 del cuestionario sobre secreto): **hay diferencia significativa** ($p < 0,05$), existiendo dependencia entre las variables. Los formados por vía Mir, tienen una media de 1,74, y lo no Mir de 1,52. Aunque por la media parece existir la misma tendencia en ambos grupos, esto no es así. Como se puede observar en las gráficas de barras para esta variable, las opciones más contestada por ambos grupos son la 1 y 2, lo que explica la media. Pero mientras en el grupo de los Mir la opción 2 es la más contestada (63%), es la 1 (52%) en el grupo de los no Mir. Por tanto, **los formados por vía Mir tienden a hacer pocos comentarios a quien pudiera identificar al paciente,**

de datos que, por su naturaleza, son más reservados; mientras que los de la vía no Mir tienden más a no hacerlos nunca.

-V12 (cfr. pregunta nº 12 del cuestionario sobre secreto): **también hay diferencia significativa** entre los grupos ($p < 0,05$) y por tanto dependencia entre las variables. Los formados por vía Mir tienen una media de 2,02, y en los formados por vía no Mir de 1,81. **La tendencia en ambos grupos es a contestar poco a los comentarios que pueda hacerle el personal del centro de salud o de la consulta privada acerca del paciente; pero los formados por vía no Mir, tienden a hacerlos algo menos que los Mir.**

-V13 (cfr. pregunta nº 14 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** entre los grupos ($p > 0,05$), siendo estas variables independientes. Los Mir tienen una media de 1,59 y los no Mir de 1,52. Ambos grupos **tienden a dar poca información del paciente por teléfono.**

-V14 (cfr. pregunta nº 16 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** entre los grupos ($p > 0,05$), no existiendo dependencia entre las variables. La media entre los Mir es 2,15 y entre los no Mir es 2,10. Tanto los formados por vía Mir como los no Mir, **consideran que el acceso a las historia clínicas en su centro reúne pocas condiciones para la guarda del secreto.**

-V15 (cfr. pregunta nº 17 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** significativa ($p > 0,05$), siendo independientes las variables. La media para los formados por vía Mir es 2,52 y para los no Mir es 2,67. Los dos grupos **tienden a usar bastantes veces, expresiones o siglas cuando quieren reseñar en la historia clínica, solicitud de pruebas, etc., datos más delicados del paciente.**

-V16 (cfr. pregunta nº 18 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** significativa ($p > 0,05$), no existiendo dependencia entre las variables. La media para los formados por vía Mir es 3,64 y para los no Mir es 3,52. Ambos grupos **tienden a salvaguardar siempre la identidad del paciente cuando presentan datos clínicos en sesiones o publicaciones.**

-V17 (cfr. pregunta nº 19 del cuestionario sobre secreto): **hay diferencia** significativa entre los grupos ($p < 0,05$), siendo dependientes las variables. La media para los Mir es 1,84 y para los no Mir es 2,28. Ambos grupos **coinciden en señalar la tendencia a formar poco al personal del centro de salud, en cuanto a hacerles caer en la cuenta de la importancia de guardar el secreto;**

pero los no Mir tienden a hacerlo algo más que lo formados por la vía Mir.

• **V5: lugar de ejercicio profesional: SNS (1) SNS y privada (2). Respecto a:**

-V1 (procedencia del medio rural o urbano): cfr. esta variable en V1 respecto a V5.

-V2 (edad): **hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p < 0,05$), siendo estas variables dependientes. La media de los que sólo trabajan en el SNS es 39,10, mientras que la de los que trabajan en la pública y en la privada es 47,00. **La media de edad es más alta en los médicos que ejercen en la sanidad pública y la hacen compatible con la privada**, que los que sólo lo hacen en la sanidad pública.

-V3 (sexo): **hay diferencia significativa** ($p < 0,05$) y por tanto dependencia entre las variables. La media para el grupo que sólo trabaja en el SNS es 1,49 y para el que trabaja en el SNS y en la privada es 1,20. Dentro de que en ambos grupos hay ligera mayoría de varones, parece que **hay más tendencia entre ellos a compatibilizar el ejercicio profesional en el SNS con la privada que entre las mujeres**. Cfr. esta variable en el estudio inferencial de V3 respecto a V5.

-V4 (formación vía Mir (1) vía no Mir (2)): **hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p < 0,05$) y dependencia entre las variables. La media para los que trabajan sólo en el SNS es 1,48, mientras que para los que hacen compatible la pública con la privada es 1,93. **Los que compatibilizan, en su ejercicio profesional, la sanidad pública con la privada, tienden a tener una formación por vía no Mir.**

-V6 (tiempo de ejercicio profesional en la medicina general o medicina de familia): **hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p < 0,05$), siendo las variables dependientes. Para los que trabajan en la sanidad pública la media es de 4.145,85 días (aproximadamente 11 años); y para los que la compatibilizan con la privada, de 7.300 días (20 años). Por tanto, **llevan más tiempo de ejercicio profesional los que compatibilizan la pública con la privada**, que los que sólo trabajan en la pública.

-V7 (media de número de pacientes por día): **Hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p < 0,05$), siendo dependientes estas variables. La media

es de 39,09 para los del SNS; mientras que para los que trabajan en la pública y en la privada es de 56,33. **Los que hacen compatible la sanidad pública con la privada ven más pacientes a diario que los que sólo trabajan en el SNS.**

-V8 (cfr. pregunta nº 1 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p > 0,05$), siendo independientes las variables. Para los que sólo trabajan en el SNS la media es 3,60; y es 3,68 para los que compatibilizan los dos sistemas. Ambos grupos **tienden a valorar mucho el secreto profesional** como fundamento de su actividad médica.

-V9 (cfr. pregunta nº 2 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p > 0,05$), no existiendo dependencia entre las variables. Para los que ejercen en el SNS la media es 2,13; y para los que lo hacen en los dos sistemas es 2,06. Ambos grupos **dicen tener pocas dificultades en su ejercicio profesional a la hora de guardar el secreto.**

-V10 (cfr. pregunta nº 8 del cuestionario sobre secreto): **no parece claro si existe diferencia significativa** entre los grupos ($p > 0,05$) y por tanto dependencia entre estas variables, ya que la media es de 1,68 para los que sólo trabajan en el SNS; y de 1,43 para los que lo hacen en los dos sistemas. Como se observa en las gráficas de barras las opciones más contestadas por los dos grupos son 1 y 2, lo que explica la media. Pero en aquellos que trabajan sólo en el SNS la opción 2 es la más elegida (61%), mientras que para aquellos que compatibilizan la sanidad pública con la privada es la 1 (62%). Por lo tanto, **parece que la tendencia, entre los que trabajan sólo en el SNS, es a hacer pocos comentarios a quien pudiera identificar al paciente, referentes a la vida de éste y que no tengan que ver con su estado de salud; mientras que para los que trabajan en ambos sistemas la tendencia es a no hacerlos nunca.**

-V11 (cfr. pregunta nº 10 del cuestionario sobre secreto): **sí hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p < 0,05$) existiendo dependencia entre las variables. La media para los que trabajan en el SNS es 1,65 y para los que compatibilizan la sanidad pública con la privada es 1,33. Por lo tanto, **la tendencia entre los que trabajan sólo en el SNS es a comentar poco datos del paciente** que, por su naturaleza, son más reservados aunque tengan que ver con su estado de salud, a quien pudiera identificarle; **mientras que los que**

están en los dos sistemas tienden a no hacerlo nunca.

-V12 (cfr. pregunta nº 12 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p > 0,05$) existiendo independencia entre estas variables. La media para los que ejercen sólo en el SNS es 1,91 y para los que compatibilizan los dos sistemas es 1,73. Ambos grupos **tienden a contestar pocas veces a comentarios referentes al paciente que haga alguien del centro de salud o de la consulta privada** donde trabajan.

-V13 (cfr. pregunta nº 14 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** entre los grupos ($p > 0,05$) siendo estas variables independientes. Para los que trabajan en el SNS la media es 1,56; y es 1,50 para los que lo hacen en los dos sistemas. Ambos grupos **tienden a dar pocas veces información del paciente cuando se la solicitan por teléfono.**

-V14 (cfr. pregunta nº 16 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** entre los grupos ($p > 0,05$), existiendo independencia entre estas variables. Para los que trabajan en el SNS la media es 2,13; y es 2,26 para los que lo hacen en los dos sistemas. Ambos grupos **consideran que el acceso a las historias clínicas en su centro reúne pocas condiciones para la guarda del secreto.**

-V15 (cfr. pregunta nº 17 del cuestionario sobre secreto): **tampoco existe diferencia significativa** entre los grupos para esta variable ($p > 0,05$) por lo que no hay dependencia entre las variables. Para los que trabajan sólo en el SNS la media es 2,56; y es 2,87 para los que lo hacen en los dos sistemas. Los dos grupos **tienden a usar bastantes veces expresiones o siglas para reseñar datos más delicados del paciente, cuando tienen que escribirlos en la historia, solicitar una prueba, etc.**

-V16 (cfr. pregunta nº 18 del cuestionario sobre secreto): **no hay diferencia** entre los grupos ($p > 0,05$) no existiendo dependencia entre las variables. Para los que trabajan en el SNS la media es 3,58; y 3,66 para los que trabajan en los dos sistemas. Ambos grupos **tienden a salvaguardar siempre la identidad del paciente cuando tienen que presentar datos clínicos en sesiones o publicaciones.**

-V17 (cfr. pregunta nº 19 del cuestionario sobre secreto): **hay diferencia significativa** entre los dos grupos ($p < 0,05$) existiendo dependencia entre las variables. La media para los que trabajan en el SNS es 2,02 y para los que lo

hacen en los dos sistemas es 2,62. Los médicos que compatibilizan la sanidad pública con la privada tienden a explicar **bastantes veces** al personal no médico que trabaja en su centro de salud o consulta, la importancia de guardar el secreto; mientras los que sólo ejercen en el SNS tienden a hacerlo **pocas veces**.

2.2. Análisis descriptivo

Mediante gráficas de barras a partir de la variable V18 hasta la V27.

Estas gráficas de barras se encuentran en el Anexo X.

A partir de las mismas variables dicotómicas (V1, V3, V4 y V5), se analizan las variables V18-V27 que son los casos clínicos, mediante un estudio descriptivo con gráficas de barras. La razón de no hacer contraste de medias con estas variables es que la media no es representativa de las respuestas reales elegidas por los médicos encuestados: las diferentes opciones de cada caso clínico no son excluyentes entre sí como lo eran en el cuestionario sobre secreto en el que se ha usado una escala de actitudes de tipo Likert.

• V1: procedencia del medio rural (1) o urbano (2). Respecto a:

-V18 (cfr. nº 1 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia** entre los dos grupos. Ambos grupos eligen en su mayoría la opción 2. La tendencia, tanto entre los médicos rurales (75%) como entre los urbanos (59%), es a insistir al paciente para que acceda a hacerse las pruebas y/o advierta a su mujer del riesgo. Por tanto, **que sea el propio paciente quien informe a su mujer, ya que ellos no darían información del paciente sin su consentimiento**, aunque pueda existir un riesgo importante para terceros (VIH).

-V19 (cfr. nº 2 de los casos clínicos): **no hay diferencia** entre los dos grupos. Ambos grupos **tienden a no dar información sin consentimiento**, aunque pueda existir un riesgo para terceros. La tendencia es a elegir la opción 2: darle la baja e insistirle todo lo posible para que deje de tomar estimulantes y beber. Esta opción es elegida por los del medio rural en el 80%, y por los del medio urbano en el 72% aproximadamente.

-V20 (cfr. nº 3 de los casos clínicos): **no hay diferencia** entre los dos

grupos. Ambos **tienden a no informar sin consentimiento de la paciente a los padres**, eligiendo la opción 2: pondrían todos los medios para convencerla y que hable con sus padres. Esta opción es elegida por el 50% de los rurales y el 33% de los urbanos aproximadamente.

-V21 (cfr. nº 4 de las casos clínicos): **Parece existir diferencia** entre los dos grupos en cuanto a la opción elegida, pero no en cuanto a informar o no sin consentimiento. **Ambos grupos tienden a no informar sin consentimiento a los padres**. La tendencia **entre los rurales** (aproximadamente 41%) es la opción 3: **proponerle una cita con sus padres para que cuenten con el apoyo del médico**; aunque va muy seguida por la opción 2 (aproximadamente 37%). La tendencia **entre los urbanos** (aproximadamente el 40%) es la opción 2: **intentar por todos los medios convencerle para que hable con sus padres**; seguida por el 39% que elige también la 3, como los procedentes del medio rural.

-V22 (cfr. nº 5 de los casos clínicos:) **no parece existir diferencia** significativa entre los dos grupos. La tendencia entre los rurales (57%) y entre los urbanos (50%) es a **informar sin consentimiento al médico inspector**. Ambos grupos eligen la opción 3: **hablarían previamente con la paciente para comunicarle su decisión y con o sin su consentimiento, informarían al médico inspector**.

-V23 (cfr. nº 6 de los casos clínicos): **Parece existir diferencia significativa** entre ambos grupos en cuanto a la opción más contestada, pero no en cuanto a informar o no sin consentimiento: la respuesta, en ambos grupos, entraría dentro de la opción de **informar sin consentimiento al hijo**. La tendencia **entre los rurales** (aproximadamente el 24%) es a elegir la opción 5: **sólo se lo diría al hijo y le haría ver la conveniencia de que se lo dijera a su padre**. Entre los médicos de zona urbana la opción 7 es la más contestada por aproximadamente el 22%; de éste, alrededor de un 55% entraría en la opción de **informar sin consentimiento**.

-V24 (cfr. nº 7 de los casos clínicos): **No hay diferencia** entre los grupos. La tendencia de ambos grupos es a **no informar sin consentimiento a la policía**, ya que la opción más contestada por los dos, es la 2: **hablaría antes con el paciente y le pediría su consentimiento verbal o escrito**. En los rurales es elegida aproximadamente por el 34% y en los urbanos por el 26% aproximadamente.

-V25: (cfr. nº 8 de los casos clínicos): **no hay diferencia** entre los dos grupos. La tendencia en ambos grupos es a **no informar sin consentimiento a la empresa**, eligiendo los dos la opción 3: **comentaría los resultados con el trabajador y le pediría su consentimiento** verbal o escrito para enviarlos a la empresa. Entre los rurales es elegida aproximadamente por el 36% y entre los urbanos por el 40%.

-V26 (cfr. nº 9 de los casos clínicos): **no hay diferencia** entre los grupos. La tendencia en ambos grupos es a **no informar sin consentimiento al organismo oficial**, eligiendo la opción 1: **nunca daría esta información; pediría que me dieran un baremo a tener en cuenta en el reconocimiento y diría, sólo, si se ajustan o no al baremo, porque considero que sólo debo informar de resultados médicos**. Los rurales eligen esta opción aproximadamente en el 34% y los urbanos en el 36%.

-V27 (cfr. nº 10 de los casos clínicos): **no hay diferencia** entre los grupos. En ambos la tendencia es a **no informar sin consentimiento al marido**, eligiendo la opción 2: **hablaría con la paciente para que se lo diga ella a su marido**. Entre los rurales es elegida por el 42% aproximadamente; y, entre los urbanos por el 41%.

• **V3: sexo: varón (1) mujer (2). Respecto a:**

-V18 (cfr. nº 1 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia** significativa entre los dos grupos. La opción más elegida por ambos es la 2: **le insistiría todo lo posible para que acceda a hacerse las pruebas y/o advierta a su mujer del riesgo**. Los varones eligen esta opción en el 60% y las mujeres en el 66% aproximadamente. Por tanto, **no informarían sin consentimiento** del paciente aunque pueda existir riesgo de contagio para su mujer.

-V19 (cfr. nº 2 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia** significativa entre los grupos. La opción más elegida es la 2: **le daría la baja y le insistiría todo lo posible para que deje de tomar estimulantes y beber**. Los varones la eligen en el 68% y las mujeres en el 85% aproximadamente. Por lo tanto, los dos grupos **no informarían sin consentimiento** del paciente aunque pueda existir riesgos para terceros.

-V20 (cfr. nº 3 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia** significativa entre los dos grupos. La opción elegida tanto entre los varones (29%)

como entre las mujeres (46%) es la 2: **pondría todos los medios para convencerla y que hable con sus padres**. Por lo tanto, los dos grupos **no informarían sin consentimiento** de la paciente a los padres.

-V21 (cfr. nº 4 de los casos clínicos): **parece que puede existir diferencia significativa entre los dos grupos, ya que entre los varones la opción 3 es la más elegida (39%): le propondría una cita con sus padres para que cuenten con mi apoyo; y la 2 entre las mujeres (46%): intentaría por todos los medios convencerle para que hable con sus padres. Pero ambos grupos deciden no informar sin consentimiento del menor a sus padres.**

-V22 (cfr. nº 5 de los casos clínicos): **no parece haber diferencia significativa entre los grupos. La opción más elegida por los dos es la 3: hablaría previamente con la paciente sobre mi opinión y, con o sin su consentimiento, informaría al médico inspector. Los varones la eligen en el 54% y las mujeres en el 61%. Por tanto, los dos grupos informarían sin consentimiento de la paciente al médico inspector.**

-V23 (cfr. nº 6 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia significativa entre los grupos. Ambos eligen la opción 5: sólo se lo diría al hijo y le haría ver la conveniencia de que se lo diga a su padre. Entre los varones es elegida por el 21% y entre las mujeres por el 25%. Ambos grupos informarían sin consentimiento del paciente al hijo.**

-V24 (cfr. nº 7 de los casos clínicos): **existe diferencia significativa con esta variable entre los dos grupos. La tendencia entre los varones (30% aproximadamente) es a elegir la opción 2: hablaría antes con el paciente y le pediría su consentimiento verbal o escrito. Por el contrario la tendencia entre las mujeres es a elegir la opción 3 (31% aproximadamente): hablaría antes con el paciente y le diría que la policía me ha pedido información y que se la voy a dar. Por lo tanto, los varones no informarían sin consentimiento a la policía, mientras que las mujeres sí informarían sin consentimiento.**

-V25 (cfr. nº 8 de los casos clínicos): **no parece que hay diferencia significativa entre los grupos. La tendencia es a elegir la opción 3: comentaría los resultados con el trabajador y le pediría su consentimiento verbal o escrito para enviarlos a la empresa. Entre los varones esta opción es elegida por el 39% y entre las mujeres por el 43% aproximadamente. Por tanto, no informarían sin consentimiento a la empresa.**

-V26 (cfr. nº 9 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia significativa**. Ambos grupos eligen la opción 1: **nunca daría esta información. Pediría que me dieran un baremo a tener en cuenta en el reconocimiento y diría sólo si se ajustan o no al baremo porque considero que sólo debo informar de resultados médicos**. Entre los varones es elegida por el 37% y entre las mujeres por el 41% aproximadamente. Por tanto, ambos grupos **no darían información sin consentimiento** al organismo oficial, aunque sí lo harían si fuera respecto a un baremo.

-V27 (cfr. nº 10 de los casos clínicos): **no parece haber diferencia significativa** entre los dos grupos. La tendencia es a elegir la opción 2: **hablaría con la paciente para que se lo diga ella a su marido**. Entre los varones es elegida por el 46% y entre las mujeres por el 43%. Por tanto, ambos grupos **no informarían sin consentimiento al marido**.

• **V4: formación en medicina general o medicina de familia: vía Mir (1) vía no Mir (2). Respecto a:**

-V18 (cfr. nº 1 de los casos clínicos): **no hay diferencia significativa** entre los dos grupos. La tendencia en ambos grupos es a elegir la opción 2: **le insistiría todo lo posible para que acceda a hacerse las pruebas y/o advierta a su mujer del riesgo**. Entre los Mir, esta opción es elegida por el 69%; y, entre los no Mir, por el 60%. Por tanto en ambos grupos, aunque se trate de un caso de posible contagio de SIDA a terceros, eligen **no informar sin consentimiento del paciente**.

-V19 (cfr. nº 2 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia significativa**. La tendencia en ambos grupos es a elegir la opción 2: **le daría la baja y le insistiría todo lo posible para que deje de tomar estimulantes y beber**. Entre los Mir, eligen esta opción el 79% y entre los no Mir el 75%. Por tanto parece, que aunque exista un riesgo para terceros, **no informarían sin consentimiento del paciente**.

-V20 (cfr. nº 3 de los casos clínicos): **tampoco parece existir diferencia significativa** entre los grupos para esta variable. La tendencia es a elegir la opción 2: **pondría todos los medios para convencerla y que hable con sus padres**. Entre los Mir, esta opción la eligen el 36%; y entre los no Mir, el 39%. Por lo tanto, **no informarían sin consentimiento de la paciente**.

-V21 (cfr. nº 4 de los casos clínicos): **parece que hay diferencia significativa**, ya que la tendencia, entre los Mir, es a elegir la opción 3 por el 44%: **le propondría una cita con sus padres para que cuenten con mi apoyo**; y, entre los no Mir, elige la opción 2 el 38%: **intentaría por todos los medios convencerle para que hable con sus padres**. Pero ambas respuestas entrarían en la opción de **no informar sin consentimiento del paciente**.

-V22 (cfr. nº 5 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia significativa** entre los dos grupos. La tendencia es a elegir la opción 3: **hablaría previamente con la paciente sobre mi opinión y con o sin su consentimiento informaría al médico inspector**. Entre los Mir, esta opción es elegida por el 56%; y, entre los no Mir, por el 58%. Por tanto, ambos grupos **informarían sin consentimiento de la paciente al médico inspector**.

-V23 (cfr. nº 6 de los casos clínicos): **parece existir diferencia significativa**. Entre los Mir la opción más elegida (26%) es la 5: **sólo se lo diría al hijo y le haría ver la conveniencia de que se lo dijera a su padre**. Entre los no Mir la opción más elegida es la 6: **sólo se lo diría al hijo y dejaría que él decidiera sobre la conveniencia de informar a su padre**. Los dos grupos **informarían sin consentimiento del paciente a la familia**.

-V24 (cfr. nº 7 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia significativa** entre los dos grupos. La tendencia es a elegir la opción 2: **hablaría antes con el paciente y le pediría su consentimiento verbal o escrito**. Entre los Mir, esta opción es elegida por el 27% y entre los no Mir, por el 33%. Por tanto, ambos grupos **no informarían sin consentimiento del paciente a la policía**.

-V25 (cfr. nº 8 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia significativa** entre los dos grupos. La tendencia es a elegir la opción 3: **comentaría los resultados con el trabajador y le pediría su consentimiento verbal o escrito para enviarlos a la empresa**. Entre los Mir, esta opción es elegida por el 36%; y entre los no Mir, por el 46%. Los dos grupos **no informarían sin consentimiento del paciente a la empresa**.

-V26 (cfr. nº 9 de los casos clínicos): **tampoco hay diferencia significativa** para esta variable entre los dos grupos. La tendencia, en ambos grupos, es a elegir la opción 1: **nunca daría esta información**. Pediría que me dieran un baremo a tener en cuenta en el reconocimiento y diría sólo, si se ajustan o no al baremo porque considero que sólo debo informar de

resultados médicos. Entre los Mir eligen esta opción el 42%; y, entre los no Mir, el 34%. Los dos grupos **no informarían sin consentimiento** al organismo oficial, aunque sí lo harían si se les diera un baremo.

-V27 (cfr. nº 10 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia significativa** entre los grupos. La tendencia es a elegir la opción 2: **hablaría con la paciente para que se lo diga ella a su marido.** Entre los Mir, esta opción es elegida por el 43%; y entre los no Mir, por el 45%. Por tanto, **no informarían sin consentimiento** de la paciente a su marido.

• **V5: lugar de ejercicio profesional: SNS (1) SNS y privada (2). Respecto a:**

-V18 (cfr. nº 1 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia significativa.** La tendencia, en ambos grupos, es a elegir la opción 2: **le insistiría todo lo posible para que acceda a hacerse las pruebas y/o advierta a su mujer del riesgo.** Entre los del SNS, es elegida por el 64%; y los que están en los dos sistemas en un 57%. Por tanto, **no informarían sin consentimiento** aunque exista un posible riesgo para terceros.

-V19 (cfr. nº 2 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia significativa** entre los dos grupos. La tendencia es a elegir la opción 2: **le darían la baja y le insistirían todo lo posible para que deje de tomar estimulantes y beber.** Entre los del SNS, esta opción es elegida por el 75%; y entre los que están en los dos sistemas, por el 81%. Por tanto ambos grupos eligen la opción **no informar sin consentimiento** aunque exista un posible riesgo para terceros.

-V20 (cfr. nº 3 de los casos clínicos): **no parece existir diferencia significativa.** La tendencia en ambos grupos es a elegir la opción 2: **pondría todos los medios para convencerla y que hable con sus padres.** Esta opción es elegida por el 36% de los que están en el SNS; y por el 50% de los que están en los dos sistemas. Por tanto, ambos grupos **no informarían sin consentimiento.**

-V21 (cfr. nº 4 de los casos clínicos): **parece existir diferencia significativa** entre ambos grupos. Entre los que están en el SNS, la opción 2 es la más elegida (40%): **intentaría por todos los medios convencerle para que hable con sus padres;** seguida por un 39% que eligen la opción 3. Entre los que están en los dos sistemas, la opción más elegida (43%) es la 3: **le propondría una cita con sus padres para que cuenten con mi apoyo.** Pero

los dos grupos **no informarían sin consentimiento** del menor a los padres.

-V22 (cfr. nº 5 de los casos clínicos): **no existe diferencia significativa** entre los grupos. La tendencia en ambos grupos, es a elegir la opción 3: **hablaría previamente con la paciente sobre mi opinión y con o sin su consentimiento, informaría al médico inspector**. Entre los del SNS, esta opción es elegida por el 58%; y entre los que están en los dos sistemas, por el 54%. Por tanto, ambos grupos **informarían sin consentimiento** al médico inspector.

-V23 (cfr. nº 6 de los casos clínicos): **parece existir diferencia significativa**. La 5 es la opción más elegida por los del SNS (24%): **sólo se lo diría al hijo y le haría ver la conveniencia de que se lo diga a su padre**. Entre los que están en los dos sistemas, la 6 es la opción más elegida (31%): **sólo se lo diría al hijo y dejaría que el decidiera sobre la conveniencia de informar a su padre**. Por lo tanto, parece que los dos grupos **darían preferencia a la familia sobre el paciente e informarían sin consentimiento**.

-V24 (cfr. nº 7 de los casos clínicos): **parece que hay diferencia significativa** entre los dos grupos. La opción más elegida por los que trabajan en el SNS (32%) es la 2: **hablaría antes con el paciente y le pediría su consentimiento verbal o escrito**. Para los que compatibilizan la sanidad pública con la privada, la tendencia parece estar distribuida por igual entre la opción 4: **daría esta información sin pedirle su consentimiento si considero que es lo mejor para el paciente**; y la opción 6: **otra**. Ambas opciones son elegidas por el 25% cada una. Del 25% que eligen la opción 6 (4 encuestas), 3 entrarían en la opción de no informar sin consentimiento; y 1 en informar sin consentimiento, por lo que **parece que la tendencia de éstos en su conjunto (opción 4 y 6), sería informar sin consentimiento** (aproximadamente el 31%). Por el contrario, **los del SNS (32%) no informarían sin consentimiento**.

-V25 (cfr. nº 8 de los casos clínicos): **no parece que hay diferencia significativa** entre los grupos. La tendencia es a elegir la opción 3: **comentaría los resultados con el trabajador y le pediría su consentimiento verbal o escrito para enviarlos a la empresa**. Esta opción es elegida por el 40% de los que están en el SNS; y por el 50% de los que trabajan en los dos sistemas. Por tanto, **no informarían sin consentimiento** del paciente a la empresa.

-V26 (cfr. nº 9 de los casos clínicos): **parece que puede existir diferencia**

significativa entre los grupos. La tendencia entre los del SNS (38%) es a elegir la opción 1: **nunca daría esta información**. Para los que compatibilizan los dos sistemas la tendencia está distribuida por igual (37%) entre la opción 1 y la 4: **comentaría los resultados con el candidato y le diría que tienen que enviar esta información al organismo oficial**. Por lo que parece que los del SNS tenderían más a **no informar sin consentimiento**; mientras que los que trabajan en los dos sistemas tenderían, por igual, a **no informar sin consentimiento** y a **informar sin consentimiento**.

-V27 (cfr. nº 10 de los casos clínicos): **no parece que hay diferencia significativa** entre los grupos. La tendencia es a elegir la opción 2: **hablaría con la paciente para que se lo diga ella a su marido**. Entre los del SNS elige esta opción el 44% y entre los que están en los dos sistemas supone el 50%. Por tanto **no informarían sin consentimiento de la paciente al marido**.

2.3. Prueba de independencia

Se comprueba la independencia de las variables mediante χ^2 ; y, de no haber independencia, si existe asociación entre pares de variables y si hay coherencia en las respuestas a esas mismas variables. Se considera que hay dependencia, si el nivel de significación es de $p \leq 0,05$.

TABLA 10.- VARIABLES DEPENDIENTES: V8-V17	
variables dependientes	nivel de significación
V8/V10	p = 0,00000
V8/V12	p = 0,00017
V9/V13	p = 0,03626
V9/V14	p = 0,00009
V10 / V11	p = 0,00001
V10 / V12	p = 0,00007
V11 / V12	p = 0,00000
V11 / V13	p = 0,04464
V12 / V17	p = 0,03753
V13 / V14	p = 0,04238
V13 / V16	p = 0,04309
V14 / V17	p = 0,00853
V15 / V16	p = 0,03186

Se representan en la tabla 10, los pares de variables (V8 a V17) que

tienen dependencia y que podrían estar midiendo la misma dimensión del secreto. En algunas de éstas, sí parece existir un contenido común, pero teniendo diferencias de matiz entre ellas. Cuando se elaboraron las preguntas a las que se refieren esas variables que aparecen como dependientes, se hicieron con la intención de explorar las actitudes de los médicos respecto al secreto en esos matices, tratando de ver si había o no coherencia. Por tanto, la aparición de dependencia en algunas, va a confirmar la existencia o no de coherencia en las actitudes médicas en las variables de que se trate.

Como se ve en la tabla, aparecen como dependientes V8 y V10 y V8 y V12. V8 mide el valor que da el médico al secreto en su ejercicio profesional. V10 se refiere a si el médico hace comentarios de datos de la vida del paciente que éste haya referido en la consulta, aunque no tengan que ver con su salud; y V12 a si se contestan y se siguen los comentarios que el personal del centro de salud o de la consulta, pueda hacer respecto al paciente. Puesto que V8 es la pregunta que fundamenta el comportamiento del médico respecto al secreto, podría aparecer como dependiente con todas las demás variables, no sólo con V10 y V12, que, como se ve por su contenido, hacen referencia a algunas manifestaciones de la custodia del secreto, como es la discreción respecto a los comentarios que se pueden hacer del paciente, descubriendo información más o menos importante. Por lo tanto, se entiende que exista dependencia; pero V10 y V12 miden aspectos concretos del secreto que V8 recoge globalmente.

Lo mismo sucede con V9 y V13 y V9 y V14. V9 se refiere a si el médico tiene dificultades para guardar el secreto. V13 se refiere a la información que el médico puede dar cuando se la solicitan por teléfono y V14 a si se dan las condiciones para guardar el secreto en el modo de archivar las historias clínicas en el centro de salud. Estas dos variables pueden estar midiendo algunas de las dificultades que el médico puede encontrar para guardar el secreto, pero no son las únicas. En este sentido, se entiende la dependencia que puede existir entre ellas; pero, mientras V9 se refiere en general a si hay o no dificultades, V13 y V14 se refieren a aspectos concretos de esas dificultades que no se pueden medir en V9.

Es distinto el caso de V10, V11 y V12, que se refieren al contenido o tipo de comentarios que puede hacer el médico respecto al paciente a quien pudiera identificarle. La diferencia de cada una de estas variables es de matiz. En V10 se

trata de comentarios que se refieren a datos generales sobre la vida del paciente que éste haya referido en la consulta; V11 hace referencia a datos por su naturaleza más reservados o íntimos; y V12 a si los comentarios de cualquier tipo, que son iniciados por alguien de la consulta o del centro de salud, son seguidos y constados por el médico, revelando datos del paciente. Parece que hay una tendencia entre los médicos encuestados, a elegir la misma opción en las tres variables. Esta elección es la opción 2 (**poco**), en la mayoría de las respuestas a estas variables. Como ya se ha comentado antes, esa dependencia parece señalar la coherencia en la actitud del médico.

Lo mismo sucede con V11 y V13 que también son dependientes según este estudio estadístico. Las dos variables se refieren a la información que puede dar el médico del paciente a quien pudiera identificarle. En este caso, la diferencia entre las dos variables es la forma de dar esta información. En V11 se trata de comentarios de datos, por su naturaleza, más delicados o reservados y en V13 de la información del paciente que se pide al médico por teléfono. Parece que, también en este caso, la tendencia es a elegir, mayoritariamente, la misma opción en una y otra variable que resulta ser la 2 (**poco o algunas veces**). Por tanto parece existir coherencia en las respuestas de los médicos a estas variables.

No parece tan clara la dependencia entre V12 y V17. V12 se refiere a si el médico sigue y confirma los comentarios que, alguien del centro de atención primaria o de su consulta, pueda hacerle del paciente. V17 se refiere a información que puede recibir el personal no médico respecto a la importancia de guardar el secreto en su trabajo. Esta información, al menos en el SNS que es el que contrata, no parece ser en principio competencia principal del médico. Pero éste puede salir al paso de la falta de sensibilidad que se detecta, a veces, en la guarda del secreto profesional: con su actitud, al no seguir los comentarios que puedan hacerse respecto al paciente –a los que se refiere V12– puede ir transmitiendo la importancia del secreto. Sólo en este sentido, se puede decir que parece existir una cierta dependencia y que podrían estar midiendo el mismo aspecto del secreto, aunque desde dos ángulos distintos.

V13 respecto a V14 y V16. Aunque según el nivel de significación de χ^2 tienen dependencia, no parece que la haya en cuanto al contenido de las variables, en el caso de V13 y V14: V13 se refiere a la información que por

teléfono puede dar el médico del paciente; y V14 se refiere a si el acceso a las historias clínicas en el centro de atención primaria o consulta, reúne las condiciones para guardar el secreto. En el caso de V13 y V16 puede existir un contenido común ya que se trata del modo de dar información del paciente; pero, en V13, se trataría de hacerlo por teléfono y ante la demanda de información por parte de alguna persona próxima al paciente; y en V16 se refiere a la forma en que se presentan datos del paciente en las sesiones clínicas y publicaciones, asegurando que no sea identificado. En estas dos variables las circunstancias son distintas, aunque, aparentemente exploren la misma dimensión del secreto. Parece existir coherencia en las respuestas, ya que, en V13, las opciones elegidas son 1 (**nunca**) y 2 (**algunas veces**). La gran mayoría dicen dar información algunas veces y hacerlo a médicos, familiares o personas autorizadas por el paciente. En V16 las opciones elegidas mayoritariamente son 4 (**siempre**) y 3 (**bastantes veces**), siendo la primera de ellas la más elegida.

Aparece dependencia entre V14 y V17. Puede existir un contenido común al referirse a si se dan las condiciones para guardar el secreto en el centro de salud o consulta privada y, en este sentido, medir la misma dimensión del secreto, pero no los mismos aspectos. En V14 se hace referencia al acceso a las historias clínicas y en V17 a la discreción y guarda del secreto por parte del personal no médico.

En cuanto a V15 y V16 la dependencia que manifiestan, sí parece estar en relación con el contenido de las preguntas, ya que ambas se refieren a cómo se presentan los datos del paciente en la historias, peticiones de pruebas y en la presentación de casos clínicos; pero, en V15, se refiere a la reseña de datos delicados o más reservados y, en V16, a salvaguardar la identidad del paciente. Por tanto parecen estar midiendo diferentes aspectos. Puede existir coherencia en las respuestas, ya que la tendencia es a elegir la opción 3 (**bastantes veces**) en V15; y 4 (**siempre**) en V16.

En la tabla 11 aparecen las variables dependientes (V18 a V27) que pueden estar midiendo la misma dimensión del secreto.

Como ya se comentó en el capítulo III, al hablar del material de la tesis, esta parte de la encuesta trata de casos clínicos que están agrupados en dos tipos de problemas bioéticos. En los cuatro primeros casos (V18 a V21) se le

plantea al médico el dilema de, dar o no, información a terceras partes cuando puede existir un riesgo importante para esas terceras partes o para otras; y en los seis restantes (V22 a V27) se le va a solicitar información al médico por terceras partes. En este sentido puede entenderse que exista dependencia entre V18, V19, V20 y V21, y entre V22, V23, V24, V25, V26 y V27. Pero como las terceras partes son distintas, y estamos tratando de averiguar las prioridades que con ellas tiene el médico para romper el secreto, no parece que puedan estar midiendo exactamente la misma dimensión del secreto. No se entiende que exista dependencia entre V18 y V27: como se ha explicado antes, están en distinto grupo de problemas, si bien es común en los dos, que las terceras partes son familia del paciente (cónyuge). Lo mismo sucede con V20 y V27: también tienen en común que las terceras partes son familia del paciente (padres en V20 y marido en V27); y, también, en V23 y V27 que, aunque estén dentro del mismo grupo, parecen ser supuestos distintos –no decir la verdad al padre en V23; y no informar al marido en V27– a pesar de que las terceras partes sean familia del paciente (hijo en V23 y marido en V27).

variables dependientes	nivel de significación
V18/V19	p = 0,02562
V18/V20	p = 0,00049
V18/V21	p = 0,04874
V18/V27	p = 0,00500
V19/V20	p = 0,00216
V19/V22	p = 0,01968
V20/V21	p = 0,00382
V20/V27	p = 0,00106
V22/V24	p = 0,02905
V22/V27	p = 0,00273
V23/V27	p = 0,00043
V24/V25	p = 0,00004
V24/V27	p = 0,00022
V25/V27	p = 0,00160
V26/V27	p = 0,00040

3. Estadística multivariante

3.1. Análisis factorial

Tomando las variables V8 a la V27, aparecen 7 factores con autovalores ≥ 1 que explican el 60,4% de la varianza total. Realmente se van a considerar, sólo y marcadamente, los factores 1 y 2 que se confirman en el análisis de conglomerados, aunque hay otros cinco factores más.

Los factores 1 y 2 con las variables que agrupan cada uno, se señalan en la tabla 12.

TABLA 12.- RESULTADOS DEL ANÁLISIS FACTORIAL						
FACTOR 1						
variables	V12	V11	V10	V9	V17	V8
<i>saturaciones o pesos de las variables</i>	0,68081	0,59804	0,50838	0,44738	-0,439	-0,47106
FACTOR 2						
variables	V27	V21	V18	V20	V23	V24
<i>saturaciones o pesos de las variables</i>	0,67558	0,58745	0,54395	0,52148	0,49232	-0,49755

3.2. Cluster análisis o de conglomerados

Mediante el dendograma, se observan dos Cluster o conglomerados diferenciados: los factores 1 y 2.

En la tabla 13 se señalan los 7 Cluster y los 7 factores del análisis factorial.

TABLA 13.- RESULTADOS DEL ANÁLISIS CLUSTER Y FACTORIAL			
ANÁLISIS CLUSTER	VARIABLES	ANÁLISIS FACTORIAL	VARIABLES
1º cluster	V10,V11,V12	factor 1	V12,V11,V10,V17
2º cluster	V18,V21,V20,V19	factor 2	V27,V21,V18,V20,V23,V24
3º cluster	V25,V27	factor 3	V13,V8,V14
4º cluster	V14,V17	factor 4	V16,V14
5º cluster	V23,V9	factor 5	V26,V24,V22
6º cluster	V13,V8	factor 6	V11,V17
7º cluster	V22,V24	factor 7	V23

Los factores que coinciden en los dos estudios –y que son los mejor definidos– son los factores 1 y 2; el primero agrupa las variables V10, V11 y V12; y el segundo las V18, V21 y V20.

Las variables V10, V11 y V12 del factor 1, se refieren a la información que puede dar el médico del paciente al revelar el secreto sin motivo, pudiendo ser éste identificado. Es decir cómo guarda el secreto y vive la discreción. La diferencia entre las tres variables es de matiz: si la información se refiere a detalles generales de su vida que el paciente haya contado durante el acto médico (V10); si se refiere a datos por su naturaleza más delicados o reservados (V11); y si esta información se da debido a comentarios que hacen al médico otros profesionales del centro de salud o de la consulta y que él puede o no secundar (V12).

Las variables V18, V21 y 20 del factor 2, hacen referencia a las prioridades que puede tener el médico para guardar o no el secreto, con o sin consentimiento del paciente, cuando entran en conflicto terceras partes y éstas son, en el caso de las tres variables indicadas, familiares del paciente. Se trata de la esposa de un paciente con SIDA en V18; de los padres de un paciente menor de edad con problemas de drogas en V21; y los de una paciente mayor de edad, en el caso de un posible aborto en V20.

B. Análisis estadístico de las variables multifactoriales o de respuesta múltiple

Entre estas variables hay dos tipos de preguntas: de la V28 a la V35, corresponden respectivamente a los nn. 7 y 8 de los datos generales de la encuesta y a las preguntas nn. 7,9,11,13,15 y 20 del cuestionario general sobre secreto médico; y de la V36 a V39, corresponden a las preguntas nn. 3,4,5 y 6 del cuestionario general sobre secreto médico y en ellas se solicita la respuesta por orden decreciente de frecuencia (de más a menos).

1. Análisis de las variables de respuesta múltiple (V28 a V35)

Solamente se indica el tanto por ciento de las opciones contestadas en

cada variable. Hemos obtenido el tanto por ciento de cada opción dividiendo el número de respuestas de la opción de que se trate entre el número total de encuestas recogidas -186- (y no entre el número de encuestas que responden a esa variable) multiplicando por 100 este resultado, ya que el estudio se ha hecho desde el punto de vista de la práctica médica. Como en estas variables se pueden elegir varias opciones en la respuesta, la suma de los tantos por ciento de las diferentes opciones en cada variable, será mayor de 100.

• **V28** (tipo de pacientes que ves con más frecuencia):

- el 80,64% (150 encuestas) ve pacientes de la 3ª edad;
- el 38,70% (72 encuestas) ve profesionales y personas de edad media;
- el 6,45% (12 encuestas) ve adolescentes;
- el 4,30% (8 encuestas) ve inmigrantes;
- y el 2,15% (4 encuestas) ve niños en poblaciones donde no hay peditras.

El total de encuestas contestadas para esta variable es de 186, lo que supone el 100%.

• **V29** (nivel cultural de la población que atiendes):

- para el 70,43% (131 encuestas) el nivel cultural es bajo;
- el 46,23% (86 encuestas) atiende un nivel medio;
- y para el 5,91% (11 encuestas) el nivel es alto.

Han contestado esta variable 185 encuestas, por tanto no responde el 0,5% (1 encuesta).

En la tabla 14 aparecen estas dos variables con la frecuencia y porcentaje correspondiente a las distintas opciones.

TABLA 14.- VARIABLES REFERENTES A LA POBLACIÓN ATENDIDA					
<i>Variables</i>	<i>grupos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>%</i>	<i>No contestan (%)</i>	
V28	Tipo de pacientes	3ª edad	150	(80,64)	-
		Edad media	72	(38,70)	
		Adolescentes	12	(6,45)	
		Niños	4	(2,15)	
V29	Nivel cultural	bajo	131	(70,43)	(0,5) (1 encuesta)
		medio	86	(46,23)	
		alto	11	(5,91)	

• **V30** (cfr. pregunta nº 7 del cuestionario general): los dos campos o tipos de pacientes con los que se tiene más dificultad para guardar el secreto médico, son:

- los pacientes con SIDA, en el 40,86% (76 encuestas);
- y los que tienen cáncer en el 31,18% (58 encuestas).

Les siguen,

- los asuntos relacionados con la vida (aborto, eutanasia, enfermos terminales) y los asuntos laborales, ambos en un 25,80% cada uno (48 encuestas);
- las enfermedades psíquicas, en un 25,26% (47 encuestas);
- las enfermedades de transmisión sexual en un 24,19% (45 encuestas);
- los reconocimientos previos para la admisión a un puesto de trabajo, en un 6,45% (12 encuestas);
- los reconocimientos médicos de empresas, en un 5,91% (11 encuestas);
- otras enfermedades infecciosas, en un 2,68% (5 encuestas);
- y otros (anticonceptivos, drogas y alcoholismo) en un 2,15% (4 encuestas).

Ha contestado esta variable el 93,54% (174 encuestas). No ha contestado el 6,45% (12 encuestas).

• **V31** (cfr. pregunta nº 9 del cuestionario general): los comentarios a quien pudiera identificar al paciente, de datos de su vida que no estén relacionados con su salud, se hacen en:

- el 66,29% (114 encuestas) a otros médicos;
- el 43,54% (81 encuestas) a enfermeras;
- el 8,60% (16 encuestas) a trabajadores sociales;
- el 3,22% (6 encuestas) a auxiliares administrativos;
- el 2,6% (5 encuestas) a otros (familia, pareja y amigos del médico).;
- el 0,53% (1 encuesta) a celadores.

Ninguno de los encuestados hacen comentarios de este tipo a personal de la limpieza.

Ha contestado esta variable el 67,20% (125 encuestas). No ha contestado el 32,79% (61 encuestas), pero entre éstas están las que en la variable V10 (cfr. pregunta nº 8 del cuestionario sobre secreto médico) contestaron que nunca

hacen estos comentarios y que suponen el 37,6% (70 encuestas). Hay, por tanto, un 4% (9 encuestas) que no debería haber contestado a esta variable, pero que por error o por no haber entendido la pregunta, sí lo ha hecho.

• **V32** (cfr. pregunta nº 11 del cuestionario general): los comentarios a quien pudiera identificar al paciente, de datos que por su naturaleza son más reservados y que tengan que ver con la salud del paciente, señalan hacerlo en:

- el 56,98% (106 encuestas) a otros médicos;
- el 36,02% (67 encuestas) a enfermeras;
- el 5,91% (11 encuestas) los hace a trabajadores sociales;
- el 2,15% (4 encuestas) se hace a los auxiliares administrativos;
- en el 0,53% (1 encuesta) a celadores.

Ninguno de los encuestados hacen comentarios a personal de la limpieza, ni a otros.

Ha contestado esta variable el 60,21% (112 encuestas). No contesta el 39,78% (74 encuestas), pero, entre ellas, están las que contestaron que nunca hacen este tipo de comentarios en la variable V11 (cfr. pregunta nº 10 del cuestionario sobre secreto médico) y que suponen el 41,9% (78 encuestas). Hay, por tanto, un 2% (4 encuestas) que no debería haber contestado a esta variable y que por error o no haber entendido la pregunta, sí lo hacen.

• **V33** (cfr. pregunta nº 13 del cuestionario general) señalan que, cuando contestan a comentarios referentes al paciente, realizados por alguien del centro de salud o de la consulta, los hace:

- el 73,65% (137 encuestas) si se trata de otros médicos;
- el 51,07% (95 encuestas), si se trata de enfermeras;
- el 8,06% (15 encuestas) si son trabajadores sociales;
- el 3,22% (6 encuestas) si son auxiliares administrativos.
- El 0,53% (1 encuestas) a otros (cónyuge).

Ninguno contesta a estos comentarios si quien los hace es celador o personal de la limpieza.

Ha contestado esta variable el 78,49% (146 encuestas). No contesta el 21,50% (40 encuestas) entre las que están aquellas que respondieron que nunca hacen este tipo de comentarios en la variable V12 (cfr. pregunta nº 12 del

cuestionario sobre secreto médico) y que suponen el 23,7% (44 encuestas). Hay, por tanto, un 2% (4 encuestas) que no debería haber respondido a esta variable y que por error o por no haber entendido la pregunta, sí lo ha hecho.

• **V34** (cfr. pregunta nº 15 del cuestionario general) da información de los pacientes cuando se la solicitan por teléfono:

- el 47,84% (89 encuestas) si son otros médicos;
- el 32,25% (60 encuestas) si se trata de familiares próximos al enfermo (esposa/marido, hijos, padres, hermanos);
- el 11,29% (21 encuestas) la da a otros (inspección médica –15 encuestas– personal médico de urgencias, especialistas que tratan al paciente, médicos conocidos del hospital, cuidadores de enfermos terminales, persona autorizada por el paciente y al propio paciente);
- el 0,53% (1 encuesta) la da a cualquiera que sea quien llame si manifiesta interés por el paciente.

Ha contestado esta variable el 60,75% (113 encuestas). No contesta el 39,24% (73 encuestas), entre las que están aquellas que respondieron que nunca hacen este tipo de comentarios en la variable V13 (cfr. pregunta nº 14 del cuestionario sobre secreto médico) y que suponen el 44,1% (82 encuestas). Hay por tanto un 4% (9 encuestas) que no debería haber respondido a esta variable y que por error o por no haber entendido la pregunta, sí lo hace.

En estas cuatro variables el error de respuesta es menor del 5% por lo que es muy poco significativo.

• **V35** (cfr. pregunta nº 20 del cuestionario general): suele hablar de sus pacientes:

- el 68,81% (128 encuestas) con otros médicos, en la sesión clínica que se tiene en un lugar cerrado;
- el 67,74% (126 encuestas) lo suele hacer en el despacho;
- el 22,04% (41 encuestas) lo suele hacer tomando café, en un lugar donde hay o puede entrar personal no médico;
- el 16,66% (31 encuestas) suele hacerlo en el pasillo, en el ascensor o en cualquier sitio público si se encuentran al médico con el que quieren hablar o les surge la necesidad de comentar;

- el 15,05% (28 encuestas) lo suele hacer en la sesión clínica que tienen en un lugar abierto donde puede entrar cualquiera.

Ha contestado esta variable el 96,23% (179 encuestas). No ha respondido el 3,76% (7 encuestas).

El 55,37% (103 encuestas) habla de los pacientes con otros médicos sólo en lugares cerrados, ya que elige como opción 1 ó 5 ó 1 y 5. El 34,94% (65 encuestas) habla lo mismo en un lugar cerrado que en un lugar abierto, ya que elige 1 y/o 5 y 2 y/o 3 y/o 4. El 5,91% (11 encuestas) elige siempre un lugar abierto, ya que optan por 2 y/o 3 y/o 4.

2 Análisis de las variables de respuesta múltiple por orden de frecuencia (V36 a V39)

• **V36** (cfr. pregunta nº 3 del cuestionario general): respecto a las dificultades que para guardar el secreto se presentan más frecuentemente con la institución sanitaria:

- el 53,73% (100 respuestas) señala como la **primera** en frecuencia, la **forma en que se solicita o se da información del paciente en partes de baja, justificación de consulta con especialista, etc.;**
- el 33,87% (63 respuestas) señala como **segunda** dificultad más frecuente, **la propia historia clínica** (porque agrupa la de los diferentes miembros de la familia, etc.);
- el 27,41% (51 respuestas) señala como **tercera** dificultad más frecuente, **el sistema de archivo de historias clínicas;**
- el 7,52% (14 respuestas) señala como **cuarta** dificultad más frecuente, **otros** (entre éstos se señalan: recogida de información por familiares; interconsulta médico–enfermera; información a especialistas; y registro de morbilidad).

Ha contestado esta variable el 89,09% (162 encuestas). No contesta el 12,90% (24 encuestas).

• **V37** (cfr. pregunta nº 4 del cuestionario general): respecto a las dificultades para guardar el secreto con el personal sanitario:

- el 22,04% (41 respuestas) señala como la **primera** en frecuencia, **con los**

médicos; seguida del 18,81% (35 respuestas) con los auxiliares administrativos;

- la **segunda** en frecuencia es con las enfermeras en el 25,26% (47 respuestas); seguida del 11,82% (22 respuestas) con los auxiliares administrativos;
- la **tercera** en frecuencia aparece en igual proporción distribuida entre las enfermeras y los auxiliares administrativos con un 9,67% (18 respuestas) cada uno; seguida de los celadores y trabajadores sociales, también en igual proporción, con el 7,52% (14 respuestas);
- la **cuarta** más frecuente es con los trabajadores sociales en el 10,21% (19 respuestas); seguida por los auxiliares administrativos en el 6,98% (13 respuestas).

Ha contestado esta variable el 65,59% (122 encuestas). No contesta el 34,40% (64 encuestas).

• **V38** (cfr. pregunta nº 5 del cuestionario general): respecto a las dificultades para guardar el secreto con la familia del paciente, señalan:

- como la **primera** en frecuencia, con la esposa o el marido un 40,32% (75 respuestas); seguidas en un 30,64% (57 respuestas) que dice tenerlas con los padres;
- la **segunda** en frecuencia es con los padres, con un 25,26% (47 respuestas); seguidas de un 24,19% (45 respuestas), que las tiene con el marido o la mujer;
- la **tercera** en frecuencia es, en primer lugar con los hijos, con un 28,49% (53 respuestas); seguida de un 15,05% (28 respuestas) que señala tenerlas con los padres.

Ha contestado esta variable el 79,56% (148 encuestas). No contesta el 20,43% (38 encuestas).

• **V39** (cfr. pregunta nº 6 del cuestionario general): con respecto a las dificultades para guardar el secreto con otras instituciones:

- el 30,64% (57 respuestas) señala como **primera** más frecuente, con los médicos inspectores; seguida del 22,58% (42 respuestas) que dice tenerla con las empresas;

- el 24,19% (45 respuestas) señala como **segunda** más frecuente, con los **médicos de empresa**; seguida por **las empresas y compañías de seguros** en el 10,75% (20 respuestas) cada uno;
- la **tercera** más frecuente se presenta con las **compañías de seguros**, en el 22,58% (26 respuestas); seguida del 10,75% (20 respuestas) que corresponde a **las empresas**.

Ha contestado esta variable el 74,19% (138 encuestas). No contesta el 25,80% (48 encuestas).

Solamente se indica el tanto por ciento de las opciones contestadas en cada variable. Como en estas variables se pueden elegir varias opciones en la respuesta, la suma de los tantos por ciento de las diferentes opciones en cada variable, será mayor de 100. Hemos obtenido el tanto por ciento de cada opción dividiendo el número de respuestas de la opción de que se trate entre el número total de encuestas recogidas -186- (y no entre el número de encuestas que responden a esa variable) ya que hemos querido hacer el estudio desde el punto de vista de los médicos.

Es importante señalar que las respuestas obtenidas referentes a las dificultades (V36, V37, V38 y V39), deben ser valoradas con reservas, ya que posiblemente por no haber sido formuladas con claridad, no han sido contestadas con un criterio unánime, y han estado sujetas en su corrección, a lo que ha parecido que respondía al sentido común. Por este motivo, convendría que fueran revisadas por otro estudio, para poder ser valoradas correctamente.

C. Análisis estadístico de las variables de respuesta abierta (V40 y V41)

• **V40** (cfr. pregunta nº 21 del cuestionario sobre secreto médico): responden sólo el 22,04% (41 encuestas); se reseñan como situaciones en las que es difícil la guarda del secreto:

- Cuando existe una enfermedad infecciosa (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, etc.) y el paciente no quiere informar de ella, creándose un riesgo para terceros.
- La cadena burocrática que siguen tanto los partes de baja como la

petición de pruebas e interconsulta con el especialista, que suelen ir en sobre abierto, así como el traslado o manejo de la historia clínica, que pueden ser leídos por cualquiera.

- Solicitud de información por la administración y los tribunales de justicia.
 - Presión de la familia del paciente para obtener información.
 - Discreción entre los médicos en sus conversaciones.
 - El lugar donde se pasa consulta que puede permitir que se oiga todo, así como la forma de hacerlo, ya que suele estar presente la enfermera.
- **V41** (cfr. pregunta nº 22 del cuestionario sobre secreto médico: responde sólo el 22,58% (42 encuestas). Se destaca la necesidad de:
- Dar importancia en la formación del médico en este campo (juramento hipocrático) y de hacerla extensiva a todo el personal del centro de salud. Consideran que esta formación es poca e insuficiente y que es difícil, a veces, hacer caer en la cuenta que se debe guardar y custodiar el secreto.
 - La discreción en comentarios. Y de valorar más el secreto compartido como consecuencia de la estructura sanitaria.
 - El archivo de las historias clínicas de forma segura y no accesible a personal no autorizado.
 - Hacer historia clínica separada para cada miembro de la familia.
 - El uso de un código de acceso seguro, en la informatización de la historia.
 - Usar sobre cerrado cuando tenga que hacerse petición de pruebas, partes interconsultas, informes. No usar fax, etc.;
 - No hacer constar el diagnóstico en la hoja de los partes de baja que van a la empresa.

V. DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

A. Variables sociodemográficas y de práctica médica

Con el fin de evaluar adecuadamente la discusión de resultados, destacamos algunas características de las variables sociodemográficas y de práctica médica de nuestra muestra.

Los resultados de estas variables se encuentran en la tabla 9.

- La muestra guarda bastante equilibrio respecto al número de varones y de mujeres, aunque el de los primeros es algo mayor.
- Parece existir dependencia entre las variables edad, sexo, formación, lugar y tiempo de ejercicio profesional.
 - Es más elevada la edad entre los varones, que tienden a contar con una formación no Mir; a compatibilizar su trabajo en el SNS con la consulta privada; y a llevar más tiempo de ejercicio profesional que las mujeres.
 - Estas, por el contrario, son más jóvenes, tienden a contar con una formación Mir; a trabajar sólo en el SNS; y a llevar menos tiempo de ejercicio profesional.
- También existe dependencia entre la media del número de pacientes/día y la procedencia del medio y lugar de ejercicio profesional: ven más pacientes al día los que ejercen en el medio rural y quienes compatibilizan la medicina pública con la privada.

Estos resultados responden a cierta lógica; en efecto, si el sistema Mir es de implantación más reciente en la formación de los médicos, parece normal que quienes hayan accedido a él sean los más jóvenes y, entre éstos, se encuentre el mayor número de formación Mir. Además, si en los resultados de la encuesta se observa que las mujeres son más jóvenes, parece más probable que hayan tenido más acceso a este sistema de formación ellas que los varones. Puesto que el sistema predominante en la sanidad de nuestro país es el SNS, parece

lógico, también, que la gran mayoría de los jóvenes trabajen en él. Naturalmente, aquellos que son más jóvenes llevarán menos tiempo de ejercicio profesional que los de más edad.

Respecto a la media de número de pacientes/día, parece normal que aquellos que trabajen en los dos sistemas vean más número de pacientes que los que sólo trabajan en el SNS. Podría explicarse que también esto sea así en el medio rural, porque los pacientes quizá tienen menos proximidad a otros médicos y se limitan al médico asignado a su zona; o, también, porque existan menos médicos en la zona rural que en la urbana y los primeros tengan más número de pacientes asignados. Como esto último se sale de los objetivos de nuestro trabajo, es una hipótesis que podría ser comprobada en otros estudios.

Los resultados de las variables referentes a la población atendida (V28 y V29) se muestran en la tabla 14. Como en el estudio inferencial no han sido incluidas estas variables, puede ser objeto de una investigación posterior comprobar si existe dependencia con las otras siete.

B. Cuestionario sobre secreto médico: actitudes del médico

1. Actitud general ante el deber de secreto

Uno de los objetivos del estudio era comprobar si, dada la trivialización con que en nuestra sociedad se trata la información y la falta de formación que en materia de ética existe entre los profesionales de la sanidad, los médicos valoran y en qué grado el secreto como principio que fundamenta su actividad médica.

En los participantes en nuestro estudio se observa que, frente a una valoración positiva de la gran mayoría –el 65,1% asegura valorarlo mucho, y el 31,7% afirma hacerlo bastante– sólo un 2,7% responde que le da poco o ningún valor. Entre las respuestas no existe diferencia significativa en cuanto a la procedencia del medio rural o urbano, sexo, formación y lugar de ejercicio profesional: en todos los casos la tendencia es a valorarlo mucho. Así pues, el

secreto médico como norma ética y deontológica parece estar muy arraigado entre los médicos, tal y como corrobora otro estudio realizado en Córdoba en los años ochenta (55), cuyos resultados son muy similares a los nuestros.

2. Información que da el médico del paciente

a) Comentarios

• Comentarios que hace el médico

La valoración del secreto profesional a que nos acabamos de referir parece, sin embargo, no resultar coherente con la actitud que los médicos tienen con alguna clase de información que dan del paciente. Tal es el caso de comentarios que el médico hace del paciente a quien pudiera identificarle, bien por propia iniciativa, bien secundando los del personal del centro de salud o de la consulta privada.

La tendencia que se observa en este estudio es a hacer pocos comentarios.

- El 58,6% así lo señala cuando se trata de datos de la vida del paciente que no tienen que ver con su estado de salud, pero que ha comentado en la consulta; dice no hacer nunca este tipo de comentarios el 37,6% y con frecuencia o siempre el 3,7%.
- Se observa que esa tendencia a hacer pocos comentarios es algo menor cuando se trata de datos especialmente delicados del paciente, aunque tengan que ver con su estado de salud. Así lo indica el 52,2%; dice no hacerlo nunca el 41,9%; y con frecuencia el 4,8%.
- Si se trata de contestar a comentarios de datos del paciente que alguien del centro de atención primaria o de la consulta hace al médico, dice hacerlo pocas veces el 60,8%; no lo hace nunca el 23 %; y el 12,9% lo hace bastantes veces y siempre.

En todos los casos, tanto si los comentarios parten del médico como si resultan de secundar los que haga el personal del centro de salud o de la consulta, la información que se da es poca; y menos cuando se trata de datos más delicados del paciente. En este último caso, también es mayor el porcentaje de los que nunca dan información y, por tanto, no hacen nunca comentarios de este tipo.

Esta información parece depender del sexo y formación, tanto cuando se trata de comentarios hechos por el médico –bien sean de datos referentes a la vida del paciente, o de asuntos más delicados y referentes a su estado de salud– como cuando se secundan los del personal del centro de salud o de la consulta. En este sentido, las mujeres y los formados por vía Mir tienden a hacer algo más este tipo de comentarios. Respecto al lugar de ejercicio profesional, los que están en el SNS tienden a dar más información, aunque sea poca, que los que trabajan en los dos sistemas cuando se refiere a los comentarios del paciente tanto de su vida, como de asuntos más delicados referentes a su estado de salud; pero no hay diferencia cuando se refiere a secundar comentarios que le hacen en el centro de salud o en la consulta privada.

Los destinatarios de esta información son, fundamentalmente, médicos y enfermeras, en menor porcentaje cuando esta información es delicada. Este porcentaje es mayor cuando quien le hace los comentarios del paciente es un médico o una enfermera del centro de salud o de la consulta. En los tres casos se da información a auxiliares administrativos; esto supone:

- el 3,22% cuando la información es de datos de su vida no relacionados con su estado de salud;
- el 2,15% si se trata de datos más delicados;
- y el 3,22 % cuando se contesta a los comentarios que hace un auxiliar administrativo del centro de salud o de la consulta privada.

• **Causas de esos comentarios**

Nuestro Código de Ética y Deontología Médica, en su artículo 16.3, pone de manifiesto la obligación de guardar el secreto de todo lo que el paciente haya confiado al médico y de lo que éste haya conocido en su ejercicio profesional. Como señala Herranz (9), la exigencia del artículo contrasta vivamente con el descuido que a veces se manifiesta a través de comentarios acerca del paciente. Cualesquiera que fueran las circunstancias, dice, el médico debe actuar de forma que, cuando da información del paciente, tenga una justificación razonable de su conducta.

Según los resultados del presente estudio, no parece justificado que se dé información del paciente a quien pudiera identificarle cuando se trata de datos de su vida que no tengan que ver con su estado de salud. Parece existir poca

discreción y poca sensibilidad por parte del médico hacia la intimidad del paciente. Y, desde luego, en ningún caso se ve justificado que esta información se dé a auxiliares administrativos, aunque esto suceda en un porcentaje pequeño.

En cuanto al hecho de que la información que se proporciona o no dependa del sexo, puede ser debido a la idea comúnmente admitida de que las mujeres hablan más; lo cual podría suponer una falta de discreción, al menos en algunos de los casos.

Respecto al dato de que los vía Mir tiendan a dar más información –ya sea porque comenten ellos o porque secunden comentarios de otros–, quizá depende de la estructura sanitaria en la que se han formado, donde el secreto es compartido por muchos, en ocasiones incluso por aquellos a quienes no compete, probablemente porque el médico deje escapar información por falta de discreción. También parece influir la trivialización con que se suele tratar la información en todos los estamentos de nuestra sociedad; así como la falta de formación ética de muchos médicos, que les impediría detectar las situaciones en las que se debe custodiar el secreto.

Respecto al lugar de ejercicio, el hecho de que en el SNS el médico tienda a hacer más comentarios –tanto de la vida del paciente como de aquellos aspectos más delicados, aunque estén relacionados con su estado de salud– que los que trabajan en los dos sistemas, también puede tener su explicación, como en el caso de los formados por vía Mir, en la propia estructura sanitaria que permite y acostumbra a compartir información con otros.

Así pues, estos resultados parecen confirmar las tres hipótesis hechas, en las que se afirma que tanto la estructura sanitaria y la trivialización con que se trata la información como la falta de formación ética, quizá estén dificultando el deber de secreto e impidiendo al médico darse cuenta, en algunas circunstancias, de la vulneración del secreto.

Estas variables resultan ser las mejor definidas y con más peso, según el análisis factorial y de conglomerados: son, por tanto, las que recogen más información. Por consiguiente, los resultados que parecen aportar al conocimiento de las actitudes de los médicos respecto al deber de secreto son especialmente significativos.

- **Información solicitada al médico por teléfono**

Cuando se trata de información que se solicita al médico por teléfono, el 59,9% de los encuestados señala dar alguna información frente al 44,4% que dice no hacerlo nunca. Como en el caso anterior, respecto a los comentarios del paciente que hace el médico se da poca información. En este caso, también es mayor el porcentaje de los que nunca dan información que el de los que comentan datos de la vida del paciente, o de los que contestan a comentarios hechos por personal del centro de salud o de la consulta.

También en esta ocasión influye la variable sexo, porque, como en el caso anterior, las mujeres parecen dar algo más de información que los varones cuando ésta se solicita por teléfono. Sin embargo, no aparece dependencia de la formación ni del lugar de ejercicio profesional, pero sí respecto a la procedencia del medio: aquellos que están en el medio rural dan algo más de información que los del medio urbano.

La información solicitada por teléfono se da a médicos, preferentemente, en un porcentaje menor que cuando el médico hace comentarios de la vida del paciente no referentes a su estado de salud, o que cuando contesta los comentarios que le hace alguien del centro de salud o de la consulta. También se da a familiares próximos al paciente, a otros médicos, a personas autorizadas por el paciente o al propio paciente.

Parece razonable que preferentemente –como señalan los resultados– se dé la información a los médicos. Pero no parece justificada, en principio, la información dada por teléfono a familiares del paciente, salvo que éstos estén autorizados o el paciente incapacitado. Como la variable correspondiente no hace esa precisión, no tenemos modo de valorarlo en nuestro estudio.

- **Forma de reseñar y presentar datos del paciente**

En cuanto a la discreción en la forma de reseñar datos delicados del paciente en la historia, petición de pruebas, etc.; así como a la hora de presentar datos en sesiones clínicas o publicaciones, la mayoría de los médicos encuestados dicen hacerlo con discreción bastantes veces (48,4%), en el primer caso; y siempre (68,8%) en el segundo. También en este último caso es menor el porcentaje de los que dicen hacerlo con discreción pocas veces o nunca.

En ninguna de las dos situaciones existe dependencia con la procedencia

del medio, sexo, formación y lugar de ejercicio profesional.

En el artículo 15.4 del Código de Ética y Deontología Médica se observa la importancia que tiene el manejo de datos clínicos en la investigación biomédica y se establece además la norma específica de respetar la intimidad del paciente, cuidando que sea imposible identificarle, tanto cuando se extraigan datos de la historia para estudio como cuando se publiquen. Herranz (9) comenta que en estos casos es muy conveniente "anonimizar" la historia clínica, eliminando aquellos datos que identifican al paciente.

Los resultados obtenidos en la encuesta parecen demostrar que, en estas circunstancias, los médicos actúan con discreción y conocen el deber de secreto.

3. Lugar donde se habla del paciente

Respecto al lugar en que los médicos suelen hablar de los pacientes con otros médicos, más de la mitad de los encuestados (55%) elige hacerlo en un lugar cerrado (bien en el despacho, bien en la sesión clínica). La tercera parte (35%) habla de los pacientes en cualquier sitio, tanto en lugares abiertos como cerrados; el 6% de éstos elige siempre lugares abiertos.

Nos remitimos de nuevo al artículo 16.3 del Código de Ética, ya señalado anteriormente, y a su comentario por Herranz (9). Es significativo que esta actitud parezca generalizada entre la profesión médica. Así parece indicarlo un estudio realizado para determinar si se hacían comentarios inapropiados en lugares públicos y qué personal sanitario se veía más implicado en estos comentarios (56). Se comprobó que el tipo de comentarios más frecuentes eran violaciones de la confidencialidad del paciente; y que los médicos los hacían con mayor frecuencia. Estas conclusiones inducen a los autores de ese estudio (56) a pensar que los médicos no saben proteger adecuadamente el deber de secreto en lugares públicos como cafeterías, reuniones o ascensores.

En nuestro caso, a la vista de los resultados, aunque la gran mayoría de los encuestados parecen ser discretos y custodiar el secreto adecuadamente al hablar de los pacientes con otros médicos, existe también un porcentaje alto de otros que no lo hace así y que parece ignorar la importancia del secreto y de la privacidad del paciente, como indica el estudio anteriormente comentado.

4. Dificultades para guardar el secreto

La hipótesis acerca de la influencia que la estructura sanitaria podría ejercer sobre el deber de secreto al permitir una información del paciente muy compartida y, en este sentido, dificultarlo, en principio no parece confirmarse con las respuestas dadas a la pregunta referente a la frecuencia con que se presentan estas dificultades. La gran mayoría de los participantes en el estudio (77,4%), que en su mayor parte trabajan también en el SNS, dice tener pocas dificultades para guardarlo. Estas dificultades, aunque pocas, parecen aumentar entre las mujeres, sin que exista ninguna otra diferencia en cuanto a la procedencia del medio, formación y lugar de ejercicio profesional. La explicación que puede darse para justificar la dependencia de esta variable respecto al sexo puede estar, como ya se ha comentado anteriormente, en que comúnmente se afirma que las mujeres hablan más y pueden ser menos discretas. Aunque también podría deberse a que éstas tengan mayor sensibilidad hacia el paciente y detecten más fisuras en la custodia del secreto que los varones. Como no disponemos de medios para comprobarlo en nuestro estudio, queda pendiente de investigación en estudios posteriores.

- **Con la institución sanitaria**

Las dificultades que los encuestados señalan encontrar en la institución sanitaria respecto al deber de secreto parecen ser:

- en primer lugar, la forma en que se solicita o se da información del paciente en partes de baja o justificación de consulta con el especialista (53,73%);
- en segundo lugar, la propia historia clínica (porque agrupa a los diferentes miembros de la familia, por ejemplo) (33,87%);
- y, en tercer lugar, el sistema de archivo de las historias (27,41%). Estos documentos también aparecían indicados como los que más dificultaban la protección del paciente en uno de los estudios señalados anteriormente (55).

Estas respuestas tienen su razón de ser, puesto que:

- los volantes de solicitud de pruebas o de partes de interconsulta suelen ir a mano y sin sobre, de forma que la información respecto al

paciente puede ser conocida por todo aquél que tenga que manejarlos;

- en cuanto a los partes de baja, cuando se pasó la encuesta todavía se hacía constar el diagnóstico en la copia para la empresa. Actualmente esto se ha solucionado y en la copia de la empresa ya no consta el diagnóstico;
- respecto a la historia, el que agrupe a todos los miembros de una familia puede dificultar el acceso a ella o su traslado, por ejemplo en caso de separación del matrimonio.
- Las dificultades que se presentan en cuanto al archivo de las historias clínicas parecen residir en el hecho de que en muchos centros de salud el archivo se encuentra en lugares accesibles a cualquiera y, por tanto, con escasa o ninguna seguridad a la hora de custodiarlo. Así opina la mayoría (47,3%) de los que han participado en el estudio, ya que señalan que el acceso a las historias clínicas de su centro reúne pocas condiciones para guardar el secreto. Y esta opinión es la misma respecto a la procedencia del medio, sexo, formación y lugar de ejercicio profesional.

En cualquier caso, todas estas razones u otras por el estilo que puedan aducirse parecen ser competencia de las instituciones sanitarias, que son quienes poseen mayor capacidad en materia de organización, antes que el médico, aunque no por ello éste quede eximido de buscar soluciones.

Si consultamos el Código de Ética y Deontología Médica, encontramos varios artículos sobre este tema. Del artículo 15.2, que se refiere a la conservación del material que recoge los datos del paciente, Herranz (9) comenta que el médico debe cuidar, personalmente o a través de la institución en la que trabaja, la seguridad física del archivo protegiéndola contra los riesgos de deterioro o violación del secreto. También en el artículo 5.2 –que alude a la participación del médico en el sistema sanitario– Herranz (9) recoge los requisitos que debe cumplir el sistema sanitario según la Asociación Médica Mundial (1983): entre estos se señala el deber de respetar la confidencialidad del acto médico (y del material que se derive de él); y el deber del médico de denunciar las deficiencias sanitarias del sistema. Por último, en el artículo 17.2 se indica que los directivos de la institución tienen el deber de poner los medios necesarios

para que se respete el secreto; y Herranz (9) precisa que tienen el deber de organizar la separación de la documentación clínica que usan los médicos de la administrativa, que podrá ser usada por personal no médico.

Los resultados de la encuesta hacen sentir las deficiencias del sistema sanitario. En este sentido, sí parece confirmarse la hipótesis respecto a la influencia de la institución sanitaria comentada más arriba. En el capítulo de recomendaciones se sugieren algunas soluciones.

- **Con el personal sanitario**

En cuanto a las dificultades que los médicos encuestados dicen tener con el personal sanitario, como se señala en el capítulo IV, la primera por orden de frecuencia es con los médicos; y la segunda por orden de frecuencia, con las enfermeras. Pero el colectivo más señalado como segundo más frecuente detrás de éstos, son los auxiliares administrativos. Según estos resultados, este último grupo representaría mayor dificultad para el médico a la hora de custodiar el secreto.

El motivo que quizá puede explicarlo es que, por su trabajo (atender llamadas telefónicas, recepción del paciente, etc.), éstos obtienen del paciente una información que él mismo les facilita, y que puede convertirse en ocasión de comentarios y preguntas al médico; además, es posible que desconozcan el deber de secreto que ha de existir en toda profesión; y, por último, que se dejen llevar por esa falta de discreción que impera en la sociedad en que vivimos.

Cuando se les pregunta sobre este tema, la mayoría de los encuestados (66,4 %) coincide en señalar que al personal no médico que trabaja en el centro de salud y en la consulta privada se le forma poco o nada respecto al deber de secreto. Los formados por vía no Mir y los que trabajan en ambos sistemas comparten la opinión de que el personal no médico recibe algo más de formación, aunque en general ésta sea poca. En este caso, tanto unos como otros, por tener más experiencia, quizá también una formación distinta a los Mir, y por trabajar en la privada, pueden sentir más la necesidad y la obligación de formar al personal no médico respecto al deber de secreto.

En el artículo 17.1 del Código de Ética y Deontología Médica, se indica que el médico debe exigir a sus colaboradores discreción y observancia del secreto profesional, además de hacerles saber que también ellos están obligados

a guardarlo. Este artículo no parece ser muy conocido por los médicos de nuestro estudio o quizá, al estar en su mayoría en el SNS, sienten diluida su responsabilidad en este campo.

Acerca de las dificultades que dicen tener con otros médicos, la razón puede ser –como muestra este estudio– la falta de discreción que parece existir a veces respecto al paciente, que les lleva a hacer comentarios o preguntas no relacionadas directamente con su estado de salud o realizadas en un lugar inadecuado, aunque se refieran a aspectos médicos.

En este caso, a los médicos de nuestra encuesta –que sí parecen valorar el secreto a la vista de los resultados obtenidos– les faltaría coherencia en su modo de actuar, quizá influidos por el poco valor que se da al contenido de la información en nuestra sociedad; y, quizá también, por la falta de una formación ética que les permita ser más sensibles para detectar las situaciones en que no custodian adecuadamente el secreto. Además, parecen desconocer la segunda parte del artículo 16.1 del Código de Ética y Deontología, donde se afirma que el secreto se establece como un derecho del paciente para su seguridad, reconociendo así el valor y el respeto debidos a la privacidad del paciente.

Las dificultades que señalan tener con las enfermeras pueden ser debidas también a una falta de discreción, ya que la enfermera, al estar habitualmente pasando consulta con el médico, es testigo de todo lo que el paciente refiere a éste durante el acto médico y esto puede ser más tarde motivo de comentarios innecesarios entre ellos. De ser así, no deja de tener su importancia, ya que la enfermera también conoce su obligación de guardar el secreto y su deber de actuar conforme a él.

- **Con la familia del paciente**

Respecto a las dificultades que pueden presentarse con la familia del paciente, parece que suelen ser más frecuentes con la esposa/marido (40,32%) y, en segundo lugar, con los padres (25,26%), que se señala también como segunda opción más frecuente después de la esposa/marido: esto hace pensar que puede ser un colectivo importante en este tema.

Las razones que justifican estas respuestas estarían en el hecho de que, al ser los familiares más próximos al paciente, tienen interés y se preocupan por él, lo cual puede ser motivo de solicitar información, en ocasiones presionando al

médico, quien no debe dársela sin el consentimiento del paciente.

Quizá los médicos encuestados tampoco conozcan adecuadamente los artículos 11.1 y 11.4 del Código de Ética y Deontología Médica, que hacen referencia a que el enfermo es el titular de la información, así como sus familiares allegados si son autorizados por éste; o no saben dárselo a conocer a pacientes y familiares y hacérselo valorar, lo que sería muy conveniente por lo que significa de formación dirigida a la población en general.

- **Con otras instituciones**

Las respuestas que se refieren a las dificultades con otras instituciones señalan como más frecuentes en primer y segundo lugar a los médicos inspectores (30,64%) y a los médicos de empresa (24,19%) respectivamente. Como segunda opción en uno y otro caso figuran las empresas.

Quizá la explicación a estas respuestas esté en el hecho de que tanto los médicos inspectores como los de empresa, que comparten un interés por el paciente, puedan dirigirse al médico de familia con cierta frecuencia o con carácter impositivo, esto último sobre todo en el caso del inspector, lo que puede crear en el médico de familia incomodidad o sensación de cierta coacción a la hora de informar del paciente.

Realmente, todos los médicos estamos obligados por el secreto, cualquiera que sea la modalidad de nuestro ejercicio, como indica el artículo 16.2 del Código de Ética y Deontología Médica. La información que tanto los médicos de empresa como los inspectores deben dar a sus superiores son conclusiones de orden administrativo. Quizá estos dos grupos puedan no tener esto en cuenta, pero para comprobarlo habría que hacer otro tipo de estudio.

En cuanto a las empresas, estas pueden querer información de su empleado con mejores o peores intenciones y solicitarla al médico olvidando que no tienen derecho a ella sin el consentimiento del paciente.

- **Observaciones acerca de las respuestas referentes a dificultades**

Es importante señalar que las respuestas obtenidas referentes a las dificultades (V36, V37, V38 y V39) deben ser valoradas con reservas, ya que –posiblemente por no haber sido formuladas con claridad– no se han contestado con un criterio unánime y se han visto sujetas en su valoración a lo que ha

parecido que respondía al sentido común. Por este motivo, convendría que fueran revisadas por otro estudio para poder valorarlas correctamente.

5. Dificultades según el tipo de pacientes

En cuanto a los dos campos o tipos de pacientes que ofrecen más dificultad a la hora de custodiar el secreto, estos parecen ser los enfermos de SIDA (41%) y de cáncer (31%). La explicación a esta respuesta parece sencilla: se trata de patologías muy frecuentes que pueden plantear al médico dilemas éticos, tal y como se verá en la discusión de los casos clínicos.

6. Resumen de las actitudes del médico ante el deber de secreto

Las actitudes de los médicos de nuestra encuesta se podrían resumir en los siguientes puntos:

1) los médicos valoran mucho el secreto en el ejercicio de su profesión con independencia de la procedencia del medio, sexo, formación y lugar de ejercicio profesional. Pero esta valoración no parece ser coherente con la falta de discreción que manifiestan en algunos de sus comportamientos.

2) En cuanto a la información que dan del paciente:

a) Comentarios:

- Hacen pocos, pero parecen inapropiados, tanto por el contenido como por el destinatario (fundamentalmente médicos y enfermeras, pero también auxiliares administrativos). Como Beauchamp y Childress señalan (23), la revelación de secreto no puede estar justificada a menos que sea necesaria porque exista un deber más fuerte.
- Aunque, en general, se hacen pocos comentarios del paciente, éstos tienden a disminuir cuando se refieren a datos más delicados, aunque tengan que ver con su salud.
- Las mujeres, los formados por la vía Mir y los que sólo trabajan en el SNS tienden a comentar algo más sobre los pacientes que los varones, los formados por vía no Mir y los

que trabajan en los dos sistemas.

Estos resultados son especialmente significativos, ya que las variables que los miden son las mejor definidas y las que aportan más información según el estudio estadístico.

- En cuanto al lugar donde suelen comentar con otros médicos acerca de los pacientes, aunque más de la mitad elige un lugar cerrado para hacerlo, hay un 35% que parece no darle importancia a esto y elige cualquier lugar, ya sea abierto o cerrado o, preferentemente, un lugar abierto.

Las razones de estos comportamientos parecen ser la de una evidente falta de discreción y de sensibilidad hacia la intimidad del paciente y la confidencialidad. También parece contribuir la estructura sanitaria, en cuanto que, al permitir un secreto muy compartido, fomenta la falta de discreción. Así parece indicarlo el hecho de que hagan más comentarios los formados por el sistema MIR y los que sólo trabajan en el SNS. Además, parece existir falta de conocimiento de las normas del Código de Ética de la profesión médica.

b) Solicitud de información por teléfono:

- Los encuestados dan poca información y parece adecuada en cuanto al destinatario (fundamentalmente médicos y familiares próximos al paciente). Habría que valorar si, en este último caso lo hacen con consentimiento del paciente.
- Las mujeres y los procedentes del medio rural parecen proporcionar algo más de información por teléfono que los demás.

c) Reseña y presentación de datos del paciente :

- Bastantes veces los médicos encuestados reseñan de forma discreta datos delicados del paciente en la historia clínica, volantes de petición de pruebas, etc., y siempre lo hacen así en sesiones clínicas y publicaciones para que el paciente no sea identificado.

Con estos resultados -a)-, se observa que **–cuando los médicos encuestados hacen comentarios del paciente–** parecen confirmarse las hipótesis del estudio en cuanto a la influencia de la estructura sanitaria; a la falta

de discreción al tratar la información; y a la falta de formación ética respecto al deber de secreto que, de tenerla, les permitiría detectar situaciones en que se debe guardar el secreto y ver el modo de protegerlo.

Sin embargo, parece que son más discretos y guardan el deber de secreto **cuando se les pide información por teléfono pero sobre todo cuando tienen que reseñar datos del paciente en historias o presentarlos en sesiones clínicas o publicaciones: cfr. b) y c).**

3) En cuanto a las dificultades que los médicos de nuestro estudio pueden encontrar para vivir el deber de secreto, en general dicen tener pocas aunque éstas parecen ser algo más entre las mujeres. Estas dificultades suelen ser:

- con la institución sanitaria: en primer lugar, por el modo de cumplimentar volantes para petición de pruebas e interconsulta con especialistas; segundo, por la historia clínica; y tercero, por el archivo de historias clínicas. Todas ellas son de índole administrativa;
- con el personal sanitario: fundamentalmente con médicos y enfermeras, posiblemente debido a la falta de discreción que se ha señalado anteriormente. También los auxiliares administrativos representan un grupo importante, lo cual puede tener su justificación en la falta de discreción y de formación de este personal respecto al deber de secreto;
- con la familia del paciente: en primer lugar, con la esposa o con el marido del paciente; y, en segundo, con los padres;
- con otras instituciones: el colectivo que parece ser más importante, en cuanto a frecuencia, son los médicos inspectores y de empresa, seguidos por las empresas.

Estos resultados hay que valorarlos con reserva, porque las variables que los miden parecen haber sido formuladas con poca claridad y no han permitido seguir un criterio unánime en las respuestas.

- Los pacientes que presenta más conflictos con el secreto son los de SIDA y cáncer.

De nuevo parecen confirmarse las hipótesis de nuestro estudio. Las principales dificultades para guardar el secreto, según los resultados, son con la institución sanitaria y éstas son fundamentalmente de índole administrativa. Pero también pueden ser debidas a falta de discreción y de formación ética.

Es deber del médico, además de conocer las normas éticas para mejorar en su ejercicio profesional, hacerlas extensivas al personal sanitario con el fin de informarle acerca del deber de secreto que le compete por su trabajo, como expresamente señala el artículo 17.1 del Código de Ética y Deontología Médica. También puede enseñar al paciente y a la familia el papel que les corresponde en la toma de decisiones, lo que evitará conflictos con su deber de secreto.

C. Casos clínicos: toma de decisiones

1. Introducción

Antes de establecer la discusión acerca de las decisiones tomadas por los médicos en los casos clínicos presentados, partiendo de los resultados obtenidos en la encuesta, parece necesario determinar los problemas bioéticos planteados en cada caso para así poder establecer adecuadamente la discusión. Se distinguen dos grupos de problemas:

- **Primer grupo**

Se refiere al dilema que se le plantea al médico de informar o no a terceras partes **cuando existe un riesgo para esas terceras partes o para otros**. Los cuatro primeros casos recogidos en esta parte de la encuesta representarían este problema ético.

- **Segundo grupo**

Haría referencia al dilema que se plantea al médico **cuando se le solicita información del paciente por terceras partes**. Los seis casos restantes de esta parte de la encuesta representarían este problema ético.

Ya se ha comentado en el capítulo III, al hablar del material y método, que en todos los casos las respuestas tratan de agruparse, fundamentalmente, en

dos tipos de opciones: no informar sin consentimiento del paciente e informar sin consentimiento del paciente. En la parte correspondiente del capítulo III se indica qué respuestas formarían parte de cada uno de los dos grupos en cada caso clínico. La discusión se establecerá, por tanto, en función de estas dos opciones.

2. Estudio de los cuatro primeros casos clínicos

Los problemas bioéticos sobre secreto médico identificados en los cuatro primeros casos clínicos son:

- **Informar o no a terceras partes sin consentimiento del paciente** cuando puede existir riesgo para ellas u otras y estas terceras partes son:
 - **esposa:** marido posiblemente seropositivo que no quiere hacerse las pruebas;
 - **compañía aérea/pasajeros:** piloto alcohólico y aficionado a estimulantes;
 - **terceras partes próximas (padres):** embarazo en chica 18 años, con riesgo para un tercero (feto) que no es susceptible de información;
 - **padres:** menor en ambiente de drogas y conducta conflictiva con riesgo para la familia y potencialmente –en un futuro– para la sociedad.

Como se comentó en el capítulo I al hablar de los límites del secreto, siempre que exista un conflicto deberemos preguntarnos: ¿hay un deber que cumplir más fuerte, de más obligación moral que el secreto?. Así podremos determinar si existe deber y, por tanto, derecho a revelar información.

2.1. Consideración de los casos clínicos (V18-V21)

- **V18: caso de SIDA**
 - a) Resultados de nuestra encuesta

Como se señala en el capítulo IV, la gran mayoría de los médicos encuestados (93%) elige no informar a la esposa sin consentimiento del paciente,

siendo la opción 2 la elegida por el 59,1%: le insistiría todo lo posible para que acceda a hacerse las pruebas y/o advierta a su mujer del riesgo.

De este 93%, el 77 % (opciones 2, 3, 4 y 7) pondría todos los medios para que el paciente se de cuenta de la gravedad de la situación y su mujer este informada; el 15,6% (opción 1 y 7) hablaría sobre la enfermedad y mecanismos de transmisión; y el 0,5% (opción 7) no entraría en el tema y dejaría que el paciente decida lo que quiera.

Sólo el 0,5% informaría a la mujer sin consentimiento, si el paciente no accede a hacerse las pruebas.

No existen diferencias en la respuesta en cuanto a la procedencia del medio rural o urbano, sexo, formación recibida y lugar de ejercicio profesional, siendo en todos los casos la opción 2 la más elegida por más del 50 % de los médicos encuestados.

Los médicos de la CAM parecen preferir no informar y buscar otras alternativas que pedir el consentimiento del paciente. Así lo indica el 76,8% que eligen las opciones 1, 2 y 7, frente al 16,2 % que elige las opciones 3 y 4.

b) Problemas bioéticos del caso

Antes de comparar estos resultados con la bibliografía consultada, es importante encuadrar la respuesta de los médicos en cómo se formula la pregunta. **Se les pide que señalen lo primero que harían en esa situación** y no lo que harían en último término, es decir, su decisión final. De esta forma, se comprende que lo que los médicos señalan que harían no es lo único y definitivo, sino lo primero en una cadena de decisiones cuyo final desconocemos, puesto que no era ése el objetivo de la encuesta.

Quizá puedan sorprender los resultados, puesto que existe un posible daño a terceros, en este caso la esposa del paciente; y un daño que puede resultar mortal al tratarse del SIDA. Parece que los médicos, en sus respuestas, han valorado más el principio de autonomía y la privacidad del paciente que el daño que puede derivarse de su decisión. ¿Es posible que pese tanto el secreto que se deriva de la relación médico-paciente que se dé prioridad al principio de autonomía sobre la posibilidad de advertir a un tercero inocente e ignorante del riesgo que corre, de forma que pueda protegerse del riesgo o empezar un tratamiento cuanto antes, en caso de haber sido ya contagiado?.

c) Tendencias y opiniones

Todo el mundo está de acuerdo en la importancia del secreto médico como un pilar fundamental que sustenta la relación de confianza que surge entre el médico y el paciente. Algunos autores opinan que es un principio absoluto (24), pero la mayoría apoyan que, siendo importante e incluso muy fuerte (22), existan excepciones, aunque éstas tengan que ser las mínimas posibles (31, 57-60). La gran epidemia de SIDA en nuestro siglo ha puesto a prueba este principio, debatiéndose desde muchos frentes cuáles son sus límites (24).

Nuestras normas éticas nos hablan de la importancia del secreto y sus excepciones, como determina el artículo 18.3 del Código de Ética y Deontología Médica: *"...el médico revelará el secreto (...) si con el silencio se diera lugar a un perjuicio al propio paciente o a otras personas, o a un peligro colectivo"*, pero deja a nuestra conciencia la aplicación a situaciones concretas.

También durante estos años tanto las asociaciones médicas nacionales e internacionales como los colegios profesionales han ido saliendo al paso y clarificando el deber desde el punto de vista de la ética profesional. Así lo han hecho la American Psychiatric Association (APA), la American Academy of Family Physicians y la American Medical Association (AMA), que han apoyado la notificación a compañeros/as de personas seropositivas como una materia de ética profesional (61). La APA (1988) manifestó que, si fracasaban todos los intentos para convencer al paciente de que informe a la persona que está en peligro, al psiquiatra le estaba éticamente permitido notificárselo él mismo (57, 61-62). La American Academy of Family Physician (1990) fue más lejos, declarando que, si el médico no conseguía convencer al paciente de informar al compañero en peligro respecto a su infección VIH, la necesidad de que esa persona sea informada está por encima del derecho del paciente a la confidencialidad. El médico se halla éticamente obligado a informar a la persona en peligro (61). La AMA (1987) precisó que, si un médico no convencía al paciente de que informase a su compañero/a en peligro, debía informarse al departamento de salud pública local y, si esto fracasaba, el médico debería tomar las medidas oportunas para informar a la persona que desconocía el peligro en que se encontraba (57, 60-63). Esta postura fue confirmada por el entonces presidente de la Asociación (1988), quien declaró que la posibilidad de informar a terceros (se refería en concreto a la esposa) era más que una opción para el

médico: se trataba de un asunto de responsabilidad profesional (61).

Por otro lado, los expertos en ética también hicieron declaraciones en este sentido, justificando la revelación del secreto cuando se daban circunstancias en las que se sospechaba que el compañero/a no había sido informado del peligro al que se exponía; o cuando el paciente rehusaba cambiar de comportamiento o informar a su compañero/a. En esas circunstancias, manifestaron, la decisión prudente del médico sería informarle del peligro al que estaba expuesto. No hay justificación para mantener el secreto cuando el objetivo de hacerlo así permite hacer daño a otros (61, 64). Pero, en opinión de algunos, este modo de actuar sería más un derecho del médico que un deber (31).

En la base de todas estas afirmaciones se encontraba la sentencia de *Tarassof v Regents of University of California* (1974), con la que surgió el deber de advertir (60, 61, 65). De esta manera, lo que durante muchos años había sido tema de discreción profesional, se transformó en los tribunales en un deber legal. En el origen de la sentencia de *Tarassof* había un juicio moral en el que, aunque se reconocía que la confidencialidad era crucial para la autonomía del paciente, debía tener prioridad la protección de terceras partes vulnerables a un posible y grave daño. (61). Esta sentencia ha servido de base para determinar la actuación de notificar al compañero/a del paciente con SIDA que ignora su situación de riesgo cuando éste se niega a hacerlo. Debido a que esta enfermedad es potencialmente letal, afirman (31), es muy similar en sus implicaciones éticas al caso de *Tarassof*, aunque en el caso de SIDA no existe intención de matar por parte del paciente (57).

A la vista de todo esto, se discute si el hecho de advertir a terceros en riesgo, que es una obligación moral, debería serlo también legal (57, 61). De hecho, en la Common Law, en USA, se afirma que el deber de guardar información confidencial debe ceder ante la existencia de riesgos para terceros, permitiendo que se les dé información en la medida necesaria para que se conozca el peligro (60). Pero también cada estado de USA tiene sus leyes respecto al secreto: en algunos se permite al médico que en circunstancias excepcionales dé información confidencial a terceros, pero no se le exime de responsabilidad cuando decide no advertir, o cuando su advertencia a terceros no consigue lo que pretendía (60). En opinión de algunos, el médico, en circunstancias excepcionales de tener que advertir a terceros en peligro, debería

tener inmunidad (60); otros opinan que, más que la existencia de leyes que obliguen al médico, debería dejarse a su juicio la decisión de cómo actuar en cada caso (57).

Por supuesto, todas las declaraciones anteriormente expuestas generaron la alarma y discusión en los grupos sociales más afectados por el SIDA, advirtiendo de los efectos contraproducentes de estas decisiones, ya que aquellas personas de riesgo que voluntariamente acudían a hacerse pruebas no se sentirían seguras y perderían confianza en los médicos, que ya no podrían controlar la dispersión de la epidemia (61).

El médico tiene obligación general de guardar y custodiar las confidencias de los pacientes, y tiene también un privilegio condicional que le proporciona la posibilidad de advertir a las personas que están en peligro de ser infectadas del riesgo que corren, cuando ignoran este peligro y por tanto no pueden protegerse de él. La existencia de una especial relación entre médico y paciente crea un deber de advertir cuando sea necesario proteger a terceros, aún en ausencia de consentimiento del paciente. Esta obligación requiere que el médico sea prudente para identificar las personas de riesgo y que dé sólo la información confidencial necesaria para protegerlas del peligro (60). Una situación así puede darse en el caso del SIDA, cuando el compañero del paciente seropositivo ignora el riesgo que corre y éste no se lo advierte (60).

En resumen, tanto desde el punto de vista de ética profesional como legal, se considera que el médico puede hacer una excepción al secreto, que se concreta en el **deber de advertir** (66-67), cuando existan graves riesgos para terceros. Las condiciones y razones para hacerlo son:

- que se trate de un daño a terceros identificables por el médico, como en el caso del SIDA su compañero/a habitual (esposa en este caso), que ignora el riesgo que está corriendo (66-68);
- que ese daño sea la transmisión de una enfermedad que compromete la vida del enfermo (66);
- que, si esos terceros conocen su riesgo, pueden poner los medios para evitar contagiarse, contagiar a otros y acceder a tratamiento si fuera preciso (66);
- que, si ese tercero es una mujer, puede derivarse un cuarto dañado por un posible embarazo y transmisión al niño. El médico puede tener obligación hacia ese niño (66);

- que, antes de dar la información, deben haberse puesto todos los medios para intentar que el paciente cambie de hábitos y que sea él quien informe a su compañero/a, o dé su consentimiento para informar (31, 62, 69, 70). Esta forma de actuar será el último recurso después de haberse puesto todos los medios, ya que lo mejor sería conseguir que sea el paciente el que informe (57, 69, 71);
- que la información dada a terceros sea lo más restringida posible (58, 66);
- que la excepción al secreto en el deber de advertir vaya avalada por el conocimiento por parte del médico de los aspectos clínicos de la enfermedad y de las normas y leyes que autorizan o permiten la excepción (66);
- que ese deber de advertir –según piensan algunos- podría ser realizado por personas expertas y conocedoras de la situación (64). Otros, sin embargo, opinan que es mejor que lo haga el médico.

Otros autores (5-6) también parecen opinar en este mismo sentido respecto al deber de advertir. Cuyás (5) señala que el secreto pactado sólo será lícito revelarlo en la práctica cuando el beneficiario esté obligado a revelarlo él mismo y no lo haga. El secreto profesional es un caso particular de este tipo de secreto. Aunque no indica en qué casos podría el médico actuar de esta forma, sí es partidario de que el médico revele el secreto después de ponderar las consecuencias que pueda tener esto respecto a la confianza en la profesión médica. La revelación del secreto se hará, dice, *“en la medida necesaria para evitar un daño injusto a tercero inocente (..) si quien causa el perjuicio es el mismo beneficiario del secreto, ya que se convierte entonces en injusto agresor”*. Y aún precisa más, manifestando que el médico puede sentirse deontológicamente obligado a revelarlo, en bien de la sociedad o de una persona inocente, aún corriendo el riesgo de ser penado por la ley, cuando no existe otra manera de evitar un daño cierto, injusto y grave, para el cual se abusa del secreto. Castilla (6) opina que no mantener el secreto permite en ocasiones proteger la salud de terceras personas identificadas. Considera que no es lícito sacrificar a la persona en riesgo por un potencial beneficio social y que la infección del cónyuge sea el precio a pagar en beneficio de la salud pública.

En una encuesta realizada en 1989 entre médicos de familia sobre pacientes con SIDA (63), se recoge que el 99% pensaba que el compañero sexual del paciente tiene derecho a saber que está expuesto a VIH; y el 81%

afirmaba que, si el paciente seropositivo rehusase informar a su compañero sexual, se sentirían moralmente obligados a hacerlo ellos, aún sin el consentimiento del paciente; mientras que el 19,3 % rehusaba romper el secreto e informar en este caso.

En la encuesta realizada por Lako (54) se observa que, en caso de riesgos para terceros, los médicos holandeses tienden más que los americanos (los cuales se inclinan por informar a las autoridades) a no dar información y a buscar alternativas antes de hacer la excepción al secreto.

d) Conclusiones de nuestros resultados

Los resultados de nuestra encuesta parecen estar dentro de las normas de actuación comentadas anteriormente. En este caso, la mayoría elige como primer paso no hacer una excepción al secreto, tratando a la vez de poner todos los medios para que el paciente se haga las pruebas y/o su mujer esté informada (77%). Actitud que parece ser acorde con el cuerpo de doctrina comentado, puesto que se trata de saber qué harían en primer lugar; y su decisión comporta poner todos los medios para convencer al paciente y que sea él quien informe a su mujer (60,7%) –opciones 2 y 7–, o dé su consentimiento (16,2%) –opciones 3 y 4–. El 15,6% (opciones 1 y 7) sólo hablaría sobre la enfermedad y mecanismos de transmisión: podría ser un medio para que el paciente comprenda el riesgo que puede hacer correr a su mujer y cambie de actitud y, en este caso, estaría actuando dentro de las normas éticas. De no ser así, tomar esta decisión por parte del médico comportaría un desconocimiento de las normas éticas y una dejación de la responsabilidad médica. En este último caso estaría el 0,5% (opción 7) que dejaría que el paciente decida lo que quiera sin meterse en el tema.

También la toma de decisiones de la mayoría de los médicos de nuestra encuesta parece más afín a la de los médicos holandeses ya que, como ellos, tienden a no dar información y a buscar alternativas antes de hacer la excepción al secreto.

• **V19: caso del piloto**

a) Resultados de nuestra encuesta

El 83,6% no informaría sin consentimiento del paciente a terceros. La

opción más elegida (71,5%) es la 2: le daría la baja y le insistiría todo lo posible para que deje de tomar estimulantes y beber.

De este 83,6%, el 77,3% (opciones 2 y 6) le daría la baja e intentaría que dejara sus hábitos tóxicos, bien insistiéndole o enviándolo a un centro de rehabilitación o a un especialista en psiquiatría; el 4,2% (opciones 1 y 6) sólo lo enviaría a un centro de rehabilitación o especialista en psiquiatría; y el 2,1% (opción 6) sólo le haría tomar conciencia de la peligrosidad de su situación y de las consecuencias que podrían derivarse de su actitud irresponsable, si no se tomaran medidas para evitar cualquier accidente.

Sólo el 3,2% informaría sin consentimiento y lo haría al médico de empresa (opciones 3 y 6), nunca a la empresa.

El 7,5% consultaría antes de tomar una decisión con un experto en temas éticos o con un comité de ética (opción 5).

No hay diferencia en la respuesta en cuanto a la procedencia del medio rural o urbano, sexo, formación y lugar de ejercicio profesional. En todos los casos, más de un 70% elige la opción 2.

Los médicos de nuestra encuesta prefieren no informar buscando otras alternativas a informar sin consentimiento. Así se pone de manifiesto en nuestros resultados, ya que el 83,9% elige las opciones 1, 2 y 6.

b) Problemas bioéticos del caso

Aunque también en éste caso se plantean riesgos para terceros, aquí no se trata de personas identificables, sino de una colectividad.

Como en el caso anterior, la respuesta hace referencia a lo primero que harían ante un caso de estas características, no a lo único ni a lo definitivo.

c) Tendencias y opiniones

De nuevo hacemos referencia al artículo 18.3 de nuestro Código de Ética y Deontología Médica y a la opinión de Cuyás (5) –señalados ambos en el caso anterior– que dejan a nuestra conciencia la aplicación de esas excepciones en los casos concretos.

En la bibliografía consultada en casos semejantes a éste, se pretende hacer extensiva la sentencia de Tarassof que, como ya se comentó en el caso anterior, hablaba del deber de advertir a terceros en peligro y que posteriormente

se amplió al deber de proteger.

En este deber se incluye no ya la posibilidad de advertir a esa tercera persona, sino la notificación a la policía o la adopción de otros medios que, a juicio del médico, pueden proteger a terceros en riesgo. Si se tratara de determinadas profesiones, como por ejemplo un médico, el deber de proteger podría ser convencerle de que dejara el ejercicio de la profesión para no someter a riesgos a otros y para no tener que recurrir a las autoridades, con lo que esto supondría para la profesión (72).

Pero la sentencia de Tarassoff resulta de difícil aplicación a este caso, porque, según ésta, para que exista ese deber de advertir o proteger se especifica que debe tratarse de:

- terceros identificables;
- y de una amenaza de peligro manifestada por el paciente.

Las leyes de los diferentes estados en USA no dicen nada acerca del riesgo de un fatal accidente provocado por el conductor de un vehículo de transporte público, un avión, etc. (73). Y, cuando se ha tratado de aplicar Tarassoff a casos de este tipo, cada estado de USA lo ha interpretado a su manera, apoyándose en el posible peligro en que puede encontrarse un grupo de personas.

- En algunos casos, se habla de tomar razonables precauciones para proteger a cualquier persona que estuviera potencialmente en peligro por problemas de drogas o salud mental del paciente.
- A veces se sustituye el que la persona sea identificable por la razonable posibilidad de lesión a terceros, etc. (74).
- En otros caso se dice que, si la amenaza de violencia pusiera en peligro a una clase de individuos –por ejemplo, pasajeros de un tren–, esos individuos serían merecedores de protección aunque no se tratara de una persona identificable.
- También afirman que, si se prevé una violencia por accidente, se deben tomar las medidas para prevenirla (73).

Y para interpretarlo así invocan una especial relación entre médico y paciente, que da al primero un cierto deber de ejercer un control sobre el segundo o de proteger a la víctima potencial (75).

Los tribunales no siguen un criterio claro para determinar cuándo existe

esa especial relación y lo que ésta supone (74-76). En algunos casos, señalan que para que surja el deber de proteger no es necesario que la víctima potencial sea identificable (73). La tendencia que en general parece observarse en los tribunales es a que prevalezca la protección del público sobre la protección del secreto cuando ambos principios entran en conflicto (74), pero no hay una doctrina clara.

Es cierto que el secreto permite excepciones en algunas circunstancias (como en la declaración de enfermedades contagiosas) y que el paciente posee un derecho limitado en el secreto cuando el interés público o del propio paciente lo demanda (71).

Los códigos de ética profesional son claros para determinar esas excepciones. Así, por ejemplo, AMA señala que la obligación de proteger las confidencias del paciente está sujeta a ciertas excepciones que se hallan justificadas, ética y legalmente, cuando pesan más unos bienes sociales decisivos, como la amenaza seria de daño a otro (71). En otros países de habla inglesa (Reino Unido, Canadá, Australia) se ha discutido el deber de proteger, pero no se han aceptado leyes que lo regulen (75).

Ya en concreto, en el caso del piloto hay que considerar que se trata de un trabajo que exige atención, concentración, orientación y vigilancia. El piloto debe ser capaz de hacer ajustes rápidos en un momento determinado y el nivel de alcohol en sangre y las drogas pueden afectar claramente a esta capacidad. Cuando el paciente alcohólico es un piloto o un conductor de transporte público, el riesgo de daño a otros se ve muy aumentado. Y, puesto que la ley no señala estas cuestiones, existe esta responsabilidad para el médico (73).

En esta situación ¿qué debe hacer el médico? Ante todo y en primer lugar, ser un buen médico y tratar el problema con el paciente, aplicando todos sus conocimientos médicos y los medios a su alcance (73). Una buena medida es la rehabilitación y desintoxicación. Pero, como no siempre será posible, entonces deberá informar a la compañía aérea o a las autoridades competentes para mantener fuera de peligro a los pasajeros (73). En caso de duda, para evitar una conducta negligente es conveniente pedir consejo a colegas y tomar la decisión adecuada (74).

En el estudio de Lako (54) se recoge un caso que plantea una situación similar a la del piloto, pero en su encuesta se trata de un conductor de autobús.

En los resultados obtenidos, los médicos americanos se muestran más partidarios de informar a la policía del estado o a la empresa en que trabaja el paciente que los holandeses, que lo remitirían a *Alcohólicos Anónimos* o le insistirían para que dejara de beber. De nuevo, como en el caso anterior, los médicos holandeses se muestran más partidarios de no dar información a terceras partes y buscar otras alternativas que los americanos, que tienden a informar a las autoridades.

d) Conclusiones de nuestros resultados

Como puede verse por los resultados de la encuesta que está siendo discutida, lo primero que los médicos de la CAM eligen en su mayoría (77,3%) es ser buenos médicos con el paciente, por lo que deciden darle la baja e intentar que deje sus hábitos tóxicos bien insistiéndole (opción 2) o bien enviándolo a un centro de rehabilitación o a un especialista en psiquiatría (opción 6); por tanto, no informarían sin consentimiento.

Del restante 6,3% que tampoco informaría sin consentimiento, el 2,1% (opción 6) que le harían tomar conciencia de la peligrosidad e irresponsabilidad de su actitud, estaría poniendo los medios para que el paciente cambie de decisión; el 4,2% (opciones 1 y 6) que sólo lo enviarían a un centro de rehabilitación o a un especialista en psiquiatría, estaría quitándose la responsabilidad médica que les compete y no estarían actuando dentro de las normas éticas.

Ninguno elige la opción 4 (informar a la empresa) y sólo el 3,2% informaría al médico de empresa sin el consentimiento del paciente (opciones 3 y 6), lo que supondría poner los medios para que se ayude al paciente y se evite el peligro.

El 7,5% consultaría a otro médico experto en temas éticos o a un comité de ética (opción 5); lo cual, como se ha indicado anteriormente, parece un buen medio para clarificar qué decisión tomar.

No sabemos cuál sería su siguiente elección, puesto que la encuesta no lo pregunta; pero son más afines en su respuesta a los médicos holandeses que a los americanos, ya que como los primeros, prefieren no informar y buscar otras alternativas antes de hacer una excepción al secreto.

- **V20: caso de una chica de 18 años embarazada y con dudas sobre el aborto.**

- a) Resultados de nuestra encuesta

El 87,6% se muestra inclinado a no informar sin consentimiento a terceros. De éstos, el 61,7% pondría todos los medios para que la paciente hable con sus padres, bien a través de una conversación con ella (opción 2 y 7) -37,5%- , bien proponiéndole una cita con ella y sus padres (opción 3) -24,2%-. El 22% sólo hablaría con ella sobre el aborto, sobre su situación familiar y sobre sus auténticos deseos (opciones 1 y 7). El restante 3,7% (opción 7) la remitiría a un centro de ginecología y obstetricia (2,1%); a la trabajadora social (1,1%); o a un experto en el tema (0,5%).

El 3,8% informaría sin consentimiento a la trabajadora social (opción 5) y en ningún caso a sus padres.

Sólo el 1,1% consultaría antes de tomar una decisión con un experto en ética o con un comité de ética (opción 6).

En estos resultados no hay diferencia respecto a la preferencia por la opción 2 en cuanto a la procedencia del medio, sexo, formación y lugar de ejercicio profesional. Es elegida por los rurales en un 50% y los urbanos en el 33%; tanto los varones como las mujeres la señalan en más del 60%; es preferida por más del 36 % de los Mir y de los no Mir; y es elegida por los del SNS en un 36% y por los que trabajan además en la privada en un 50%.

Los médicos de la CAM prefieren no informar y buscar alternativas a pedir el consentimiento de la paciente. Así lo demuestran el 63,4% que eligen las opciones 1, 2 y 7 frente al 24,2% que eligen la opción 3.

- b) Problemas bioéticos del caso

Como se ha indicado al señalar los problemas bioéticos en la introducción de este apartado, en este caso el tercero en peligro sería el feto, que no tiene capacidad de ser informado. En la mayoría de los países occidentales la ley regula esta situación y le concede unos derechos; pero en los supuestos que esa ley contempla, pueden prevalecer los de la madre (77).

El Código de Ética en su artículo 25.1 indica : *“no es deontológico admitir la existencia de un período en que la vida humana carece de valor. En consecuencia, el médico está obligado a respetarla desde su comienzo. No*

obstante no se sancionará al médico que dentro de la legalidad, actúe de forma contraria a este principio”.

Es conocido por todos el debate mantenido en torno a este tema y las distintas posturas *pro-life* y *pro-choice* (78), entre las que, lógicamente, estarán repartidos los médicos que han entrado en nuestro estudio y que influirán en el enfoque que puedan dar a este caso:

- Parece muy probable que, entre los que tengan una postura a favor de la vida (*pro-life*), **se valorará la existencia de un tercero en peligro**: en este caso el feto; y se tendrán en cuenta sus derechos a la hora de informar a la paciente y de aconsejar las medidas a tomar y las posibles ayudas.
- Aquellos que estén a favor del aborto (*pro-choice*) **desestimarán probablemente a ese tercero en peligro**, que para ellos no tiene valor.

Los consejos se inclinarán hacia una u otra postura, aunque tanto unos como otros traten de dejar en libertad a la paciente para que tome la decisión que le parezca oportuna.

Por otro lado, es importante considerar que la joven estará pasando una situación angustiosa y se sentirá atrapada por el problema. Como nos dicen en la exposición del caso, su primera decisión es abortar para que sus padres no se enteren; pero está angustiada y no sabe qué hacer. En estas circunstancias, es fácil que no sea capaz de decidir y menos aún de medir las consecuencias que esa decisión pueda tener en su vida. Es muy probable que la decisión se vea muy condicionada por el tipo de ayuda que se le ofrezca para salir de ese estado y para conseguir la serenidad que le permita poder decidir por sí misma lo que quiere hacer. Además, se trata de una persona mayor de edad.

¿Qué hacer entonces en este caso?; ¿se debe informar a terceros o no?; y, si se informa, ¿qué terceros pueden tener derecho a esa información?. Se podría responder que aquellos que puedan ayudar más y mejor a la paciente. Los padres podrían ser los más indicados, por el cariño y la preocupación que normalmente tienen hacia sus hijos.

En nuestro medio es frecuente que los hijos mayores de edad continúen viviendo y dependiendo de sus padres. Por eso, éstos podrían sin duda verse afectados en buena parte por la decisión de su hija. Visto así, parece que deberían tener alguna información, puesto que pueden encontrarse con

complicaciones como consecuencia de lo que su hija decida.

c) Tendencias y opiniones

Respecto a la joven embarazada, según se nos dice en la exposición del caso, tiene 18 años. Aunque esta edad es la que marca la ley para la mayoría de edad, algunos opinan que carece de validez científica para señalar si una persona es ya competente en la toma de sus propias decisiones (79). Otros, por el contrario, señalan que la mayoría de las investigaciones indican que las jóvenes de más de 15 años tienen suficiente madurez para hacer una valoración de su situación y tomar decisiones (80). Las investigaciones sugieren que el proceso de toma de decisiones es semejante en adolescentes y en adultos (81). Lo importante es facilitar que se tome una decisión informada (81).

Una joven que acaba de saber que está embarazada tiene que afrontar si va a seguir con el embarazo o si va a interrumpirlo. Esta decisión, que es difícil a cualquier edad, aún lo es más en caso de jóvenes embarazadas por el grado de madurez de éstas, por la falta de información que pueden tener acerca de los riesgos y por los temores tanto respecto al aborto como a su futura maternidad (80); a la reacción familiar; y a cómo pueden cambiar su vida y su futuro.

En estos casos, el consejo del médico puede ser de gran ayuda (80). Es importante que el médico haga una valoración del alcance y consecuencias del embarazo en cada caso. Para eso será necesario:

- conseguir una buena comunicación con la joven embarazada, que se facilita garantizando el secreto al que los jóvenes tienen derecho y que ha sido reconocido tanto por AMA como por otras instituciones (81);
- y ser paciente con ella.

El secreto, es decir, saber que el médico no descubrirá su embarazo sin su consentimiento, facilitará la confianza con él. La paciencia será necesaria para repetir las explicaciones y sugerencias las veces que sean precisas dependiendo de la ansiedad e inmadurez de la joven y para adaptarse a su desarrollo emocional e intelectual. Hay que tener en cuenta que, como opinan algunos, aunque las adolescentes entre 17-19 años suelen tener razonamientos de adultos y pueden ser tratadas como tales, también pueden tener momentos de inmadurez debido a la crisis que les supone encontrarse embarazadas (80).

Si el médico manifiesta un talante abierto, huye del dogmatismo en las

opiniones respecto al aborto o a ser madre soltera y trata de ponerse en el lugar de la joven dando un enfoque positivo a su situación, la ayudará a que salga de su angustia y a que esté en condiciones de saber qué quiere hacer. Esta actitud también facilitará al médico un mejor conocimiento de los auténticos deseos de la paciente y de su situación familiar y social para aclararle sus dudas y aconsejarla adecuadamente.

Para afrontar esta situación se requiere, además, contar con un buen apoyo social, no sólo por parte de los padres, sino también del novio o compañero y de otros parientes y amigos. Esto, junto a la propia capacidad de la joven para tener relaciones interpersonales, a su educación y a su actitud para plantearse metas altas respecto al futuro, parecen ser claves para el éxito si decide tener un hijo, sean cuales sean sus circunstancias socioeconómicas (80).

Por eso, el médico debe explorar el ambiente familiar y social para conocer las posibles actitudes de la familia ante el embarazo y maternidad y prever sus reacciones, ya que, en la mayoría de los casos, el impacto de la noticia será fuerte. Contar con el apoyo de la familia facilitará a la joven el temprano acceso a los servicios de salud, así como recibir los cuidados que precise.

Pero revelar el secreto sin consentimiento de la paciente puede ser contraproducente, sobre todo si el embarazo fuese consecuencia de un mal ambiente familiar y con él se estuviera buscando llamar la atención o una afirmación de independencia. Para tratar de conocer este entorno, el médico puede hacer algunas preguntas sobre este tema que le ayuden a formarse una opinión del ambiente familiar (80).

Muy probablemente, una vez superado el impacto del primer momento, los padres querrán estar al lado de su hija, compartir con ella las dificultades que puedan surgir y ayudarla a afrontar esta situación con madurez y responsabilidad.

El médico también debe conocer y valorar la repercusión que su situación puede tener en el presente y futuro de la paciente (proyectos de estudio, trabajo, etc.); y entonces podría hablarse de la posibilidad de dar el hijo en adopción.

Aunque el consejo del médico y de la familia es importante, la decisión no se debe imponer y la paciente, ponderando todos los aspectos de la situación, debe tomar la suya propia, que le ayudará a madurar al asumir lo que comporte.

d) Conclusiones de nuestros resultados

Los resultados de la encuesta parecen tener en cuenta las opiniones comentadas, ya que en ningún caso informarían sin consentimiento a los padres, pero tratarían de involucrarlos a través de la información que les daría su hija e intentando que fueran un apoyo para ella (61,7%) –opciones 2, 3 y 7–. También manifiestan la necesidad de conocer los auténticos deseos de la paciente y su situación familiar (22%) –opciones 1 y 7–, lo que parece reflejar la prudencia con que entienden que deben afrontar el caso para aconsejar adecuadamente, dejando en libertad a la paciente.

Como se ha comentado antes, darle un enfoque optimista y positivo del embarazo y del valor de la maternidad ayudará a que salga de su angustia y afronte con decisión el tema, decidiendo comunicárselo a los padres. Una posible solución sería sugerirle que acuda a la consulta con sus padres –como señala el 24,2%– y que les comunique su estado delante de él, de forma que el médico pueda ayudar también a la familia, que en un primer momento podría reaccionar con disgusto ante una situación de este tipo.

Como en los dos casos anteriores, los médicos de la CAM se muestran en sus decisiones más afines a los holandeses de la encuesta de Lako (54) que a los americanos, ya que, como los primeros, tienden a no dar información a terceros y buscar otras alternativas.

• **V21: caso del menor en ambiente de drogas**

a) Resultados de nuestra encuesta

El 82,8% no informaría sin consentimiento a terceros: ni a sus padres ni a la trabajadora social. Las opciones elegidas están repartidas por igual entre 2 (intentaría por todos los medios que hable con sus padres) y 3 (le propondría una cita con sus padres para que cuenten con mi apoyo), aproximadamente en un 36% cada una. El 2,8% que elige la opción 7 (otra) estaría repartido entre la opción 2 (1,7%) y la opción 3 (1,1%). El restante 8,6% simplemente lo remitiría al psicólogo o a un especialista en psiquiatría (opciones 1 y 7).

Sólo el 7% informaría a los padres sin consentimiento (opción 4) y el 0,5% lo haría a la trabajadora social (opción 5).

Existen diferencias en las cuatro variables dicotómicas. Aunque el resultado en las cuatro es no informar sin consentimiento, las opciones elegidas

son distintas en cada una.

- En cuanto a la procedencia del medio, los rurales se inclinan por la opción 3 y los urbanos por la 2, en una proporción semejante en ambos grupos (40%).
- Respecto al sexo, los varones eligen la opción 3 aproximadamente en un 40 % y las mujeres la 2 en un 46 %.
- Si tenemos en cuenta la formación, los que proceden del Mir eligen la opción 3 en un 44 %, mientras que los que no proceden del Mir prefieren la 2 en un 38%.
- En cuanto al lugar de ejercicio, los que están en el SNS eligen la opción 2 en un 40 %; y los que la compatibilizan con la sanidad privada prefieren la 3 en un 43%.

Parece que tanto los rurales como los varones, los procedentes del sistema MIR y los que trabajan en los dos sistemas, al elegir la opción 3, tienden más a pedir el consentimiento del paciente que a no informar, como prefieren los que eligen la opción 2. Pero, globalmente, en los resultados totales se tiende a no informar y buscar otras alternativas al elegir las opciones 1, 2 y 7 (45,8%), más que a pedir el consentimiento al elegir la opción 3 y 7 (37,1%).

Como ambas opciones hacen referencia a implicar a los padres y estarían en la opción de no informar sin consentimiento, no parece que exista diferencia sustancial a la hora de interpretar los resultados estadísticos.

b) Problemas bioéticos del caso

En este caso, ¿quienes son los terceros en riesgo?; ¿hay que informarles o no?; ¿qué derechos tiene el menor respecto al secreto y cómo valorar el principio de autonomía en su caso?.

Por lo que nos dice la exposición del caso, parece que la conducta del menor está afectando a la situación familiar. El paciente se encuentra inmerso en un ambiente de alcohol y drogas que puede originar una conducta violenta, con repercusión también para la sociedad, además de para su familia. Por tanto, sí parece que existen unos terceros en riesgo: en primer lugar, la propia familia y, en un futuro próximo, si no cambia de hábitos, la sociedad.

c) Tendencias y opiniones

Se admite como uno de los principios básicos de la ley y de la sociedad la importancia del papel de los padres. Se afirma que los padres deben estar involucrados en la responsabilidad de asegurar cuidado médico a sus hijos; que los padres ordinariamente actúan en el mejor interés de sus hijos; y que los menores se benefician del consejo y apoyo emocional de sus padres (79).

Por otro lado, también se afirma que los menores tienen derecho a la confidencialidad y que tienen su propia –particular– relación médico–paciente. Se ha comprobado que buscan tratamiento más fácilmente si saben que se mantendrá el secreto. También pueden estar capacitados para tomar algunas decisiones, especialmente si demuestran madurez: porque tomen voluntariamente sus propias decisiones o porque entiendan los riesgos que corren y los beneficios de un tratamiento, por ejemplo. En circunstancias especiales (tratamiento de SIDA, enfermedad mental, embarazo, drogas), la mayoría de las leyes estatales en USA les permiten acceder y aceptar tratamiento sin notificarlo a sus padres ni pedir su consentimiento (27).

AMA reconoce la necesidad de privacidad que tienen los menores, como los adultos, en materias referentes al cuidado de su salud. Por ser un periodo crítico para desarrollar el sentido de independencia, la adolescencia debe posibilitar tener áreas de intimidad personal, que son esenciales para el desarrollo (81). Los padres, que tradicionalmente han sido considerados por la Common Law como un fuerte apoyo en la toma de decisiones médicas acertadas para sus hijos, pueden interferir en la necesidad de intimidad sexual del menor. En algunas circunstancias, como el embarazo en adolescentes, pueden ocasionar daño físico o psíquico a la menor si intervienen en la toma de decisiones respecto a continuar o interrumpir el embarazo (81).

La independencia de los adolescentes en la toma de decisiones en circunstancias determinadas, como se señala más arriba, y la implicación de los padres han sido objeto de debate y más en concreto referido al embarazo en adolescentes. En 1993, el Council on Ethical and Judicial Affairs de la American Medical Association hizo público un informe en el que se concluía que los médicos deberían animar vivamente a los menores a tratar el problema con sus padres –se refería en concreto al caso de embarazo–, pero que no deberían sentirse obligados a pedirles que impliquen a sus padres antes de haber decidido

si siguen o no con el embarazo. Las leyes de algunos estados de USA, en estas circunstancias, requieren consentimiento de los padres y otros no (81).

En cuanto al tema general de secreto en el caso de adolescentes, the American College of Obstetricians and Gynecologists, American Academy of Pediatrics y American Academy of Family Physicians afirman que los pacientes adolescentes deberían tener el mismo grado de secreto que tienen los adultos. Los expertos generalmente concluyen que, en último término, se debería permitir a los menores decidir si la implicación de los padres es apropiada; aunque los médicos deberían darles aquellas orientaciones que estimen necesarias para que ellos tomen su decisión (81).

Lo importante es que tomen una decisión informada y, para eso, las recomendaciones que hace el Council (81) son:

- Se les debe animar a que discutan su embarazo con sus padres o con otros adultos que les den confianza: consejeros, profesores, amigos, sacerdotes.
- No pedirles que impliquen a sus padres, sino que sean ellos quienes vean la conveniencia de hacerlo.
- Asegurarse de que han tomado una decisión informada, ponderando cuidadosamente los diversos aspectos.
- Además, se aconseja a los médicos que conozcan bien las leyes de cada estado.

Estas recomendaciones suscitaron mucha polémica. Las opiniones contrarias señalaban que, si se requiere el consentimiento paterno para cosas triviales, tanto más para situaciones como el aborto, que no es trivial y que puede traer complicaciones. Además, argumentaban que en esos momentos no se puede privar a los hijos del afecto y del apoyo que necesitan, aunque algunas familias no sean capaces de darlo y esto origine un conflicto también para el menor (81).

En 1996, el Committee on Adolescence de la American Academy of Pediatrics reafirmaba su posición respecto a los derechos de los adolescentes al secreto y apoyaba las recomendaciones hechas por AMA. En las investigaciones realizadas constataban que, para las menores que quieren contar con sus padres en la toma de decisiones, el hecho de que hacerlo así sea obligatorio por ley no beneficia, sino que a veces obstaculiza el camino para la comunicación familiar.

Por tanto, no parece que el mandato obligatorio de implicar a los padres beneficie a la familia. Ningún estudio demuestra que forzar a descubrir la situación del adolescente mejore las relaciones padres-hijos; o la comunicación entre ellos; o aumente la satisfacción con la decisión que pueda tomar respecto al embarazo, por ejemplo, si éste fuera el caso. De nuevo señalaba que lo importante es animarles a que informen a sus padres y asegurarse de que reciben el apoyo adecuado para que puedan tomar su propia decisión (79).

Para ver cómo se manejaba el secreto con pacientes adolescentes en la práctica clínica diaria, se pasó una encuesta entre médicos de familia y otras especialidades (82). Aunque el 53% decía hablar del secreto con los adolescentes en la consulta, las conclusiones del estudio fueron que no lo hacían de forma consistente y que los que lo hacían aseguraban un secreto incondicional, lo que no es acorde con la ética profesional, que señala unos límites.

En otra encuesta –esta vez entre pediatras– realizada por la American Academy of Pediatrics, en la que se pedía opinión sobre la intervención de los padres en algunas situaciones, como el uso de drogas y de la sexualidad en menores, la gran mayoría opinaba que, aunque en general no debería ser requerido el permiso o la notificación a los padres, en esos casos sí pensaban que era necesario cuando se trataba de adolescentes entre los 13-15 años. Su opinión era la contraria cuando se trataba de adolescentes entre los 16-17 años (83).

En estudios realizados entre adolescentes, el uso del alcohol se asocia a factores de riesgo como puede ser la delincuencia (84); algo que, por otro lado, es conocido por todos.

En nuestro país, en el artículo 11.3 del Código de Ética y Deontología Médica, entre las circunstancias en las que un paciente puede no estar en condiciones de otorgar su consentimiento para la actuación médica, se hace referencia expresa a la de ser menor de edad.

En la Constitución española se señala la mayoría de edad a los dieciocho años. Posteriormente, en el año 1996 se promulga la Ley de Protección Jurídica del Menor, en la que se recoge la preocupación por el menor que señala la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño (1989) (85), que había sido ratificada en nuestro país ya en el año 1990. En el art. 12.1 de

esta Convención se garantiza al niño *“que esté en condiciones de formarse un juicio propio, el derecho a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de las edad y madurez del niño”*. De la misma forma, en los art. 13.1 y 14.1 se le reconoce el derecho a la libertad de expresión, de pensamiento, conciencia y religión.

En La Ley de Protección Jurídica del Menor (86), en la exposición de motivos que lleva a promulgarla, se indica que *“marca el inicio de una nueva filosofía en relación con el menor, basada en un mayor reconocimiento del papel que éste desempeña en la sociedad y en la exigencia de un mayor protagonismo para el mismo”*. Las razones que lo justifican están en que *“las transformaciones culturales operadas en nuestra sociedad han provocado un cambio en el status social del niño y como consecuencia de ello se ha dado un nuevo enfoque a la construcción del edificio de los derechos humanos de la infancia (...). Y consiste, fundamentalmente, en el reconocimiento pleno de la titularidad de derechos en los menores de edad y de una capacidad progresiva para ejercerlos”*. Esta Ley afirma que *“la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección de la infancia, es promover su autonomía como sujetos de forma que sean sujetos activos, participativos y creativos, con capacidad de modificar su propio medio personal y social; de participar en la búsqueda y satisfacción de sus necesidades y en la satisfacción de las necesidades de los demás”*.

Se recogen los derechos del menor en el capítulo II de esta Ley.

Este nuevo enfoque cambia de forma importante el trato que el menor recibirá también en lo que se refiere a su salud.

d) Conclusiones de nuestros resultados

En nuestra encuesta, los resultados obtenidos señalan que se da mucha importancia al secreto del menor que está en una ambiente de alcohol y drogas, con un riesgo importante para él y su familia. Por tanto, los encuestados parecen subscribir las opiniones recogidas en la bibliografía comentada y la tendencia a dar autonomía al menor, como reconoce la Ley de 1996. Pero también reflejan la importancia que dan a la familia como apoyo y ayuda para él. Los médicos de la encuesta orientan su decisión de modo que sea el menor quien informe a sus padres, bien tratando de convencerle, bien proponiéndole una cita con ellos

(74,3%) –opciones 2, 3 y 7–.

Como en los casos anteriores, cuando existen riesgos para terceros la tendencia entre los médicos encuestados es nuevamente la de no dar información y buscar otras alternativas, al igual que los médicos holandeses de la encuesta de Lako (54).

2.2. Observaciones generales a los cuatro casos (V18-V21)

En la bibliografía consultada, llama la atención que en el caso del SIDA y del piloto se habla de riesgos para terceros y se discuten sus derechos, que entran en conflicto con la autonomía del paciente, para llegar a determinar qué actitud se debe tener y, en consecuencia, qué decisión tomar. Y, sin embargo, no sucede lo mismo en el caso del aborto: en éste sólo se considera el derecho de confidencialidad y privacidad de la paciente y no se discute si está en peligro un tercero que, en este caso, es el feto.

Parece claro que la no consideración hacia este tercero es debida a la existencia de la ley del aborto que regula esta situación. En nuestro país sólo está despenalizado en algunos supuestos y durante el primer trimestre del embarazo. Que un hecho esté despenalizado, como es bien conocido, supone que no es punible algo que antes sí lo era, siempre que se den una serie de circunstancias. Esta situación que permite la Ley no significa que aquello que no es punible sea bueno y justo, sino que se tolera. Sucede así en el caso de interrupción del embarazo, cuando se dan las circunstancias que contempla la ley y la madre lo decide así.

¿Significa esto que ese tercero no existe? A mi juicio, no; pero los derechos de su madre prevalecen sobre los suyos, porque una ley lo determina así. Me pregunto: ¿todo lo que una ley determina es justo y bueno?; ¿basta que lo determine una ley para que aquello sea bueno?; ¿es la ley la que determina la bondad de las cosas?. Estas cuestiones pueden hacernos caer en la cuenta de la disociación que se puede dar entre lo legal y lo ético. Ejemplos hay en la historia, algunos bastante recientes, de la equivocada y terrible conducta de aquellos que creyeron que, porque lo permitía la ley, lo que hacían era legítimo moralmente, aunque sin duda era legal.

Aunque la Ley sea un consenso de mínimos que pretende permitir la convivencia pacífica de opiniones diversas en un tema determinado, a veces lo

legal puede no ser moralmente defendible. Así, por ejemplo, la participación de médicos en torturas, que es legal en algunos países, nunca es éticamente aceptable, tal y como recoge la cuarta edición del Manual de Ética de American College of Physicians (87). En él se recuerda a los médicos la necesidad de tener presentes las distinciones y posibles conflictos entre las obligaciones legales y las éticas; y se recomienda buscar consejo para prevenir las posibles consecuencias legales de las decisiones en estos casos.

Las leyes son necesarias y, en muchos casos, muy deseables, porque orientan nuestra conducta sacándonos de la duda sobre cómo actuar en determinadas situaciones. Pero siempre, en último término, tendremos que tomar las decisiones personalmente: las leyes no justifican nuestra conducta ética, aunque protejan nuestra responsabilidad cuando lo que hacemos esté en su marco.

Además, en algunos casos se comprueba que las leyes no cumplen sus objetivos, porque no mejoran ni resuelven las situaciones problemáticas. Por ejemplo, en el caso comentado del adolescente con drogas –y sucede lo mismo respecto al aborto también en adolescentes–, en muchos estados de USA las leyes permiten que no se pida consentimiento a los padres para que accedan al tratamiento, o –en el caso del aborto– para que tomen una decisión respecto a seguir o no con el embarazo. Sin embargo, se ha comprobado que da mejores resultados animar a los jóvenes a que traten voluntariamente el asunto con sus padres que usar sin más ese derecho que otorga la ley.

Cuando los casos que tengamos que afrontar no estén contemplados en la Ley, o lo estén pero nos parezcan poco acertados o éticamente inadmisibles, deberemos ser honestos con nosotros mismos y con los pacientes que nos han dado su confianza, comentando, con franqueza y lealtad, lo que nos parece mejor para ellos.

No podemos permitir que, en circunstancias importantes y cruciales para nuestros pacientes, la ley decida por nosotros para evitarnos complicaciones. Para aconsejar a nuestros pacientes y respetar su libertad, primero tenemos que respetar la nuestra, siendo coherentes y decidiendo en conciencia.

2.3. Conclusiones finales de los cuatro primeros casos

Las conclusiones de estos cuatro casos –teniendo en cuenta los

resultados obtenidos en la encuesta– son:

- Los médicos encuestados valoran y dan prioridad al principio de autonomía –al respeto a la privacidad y al derecho a la confidencialidad del paciente– sobre el peligro importante que pueden estar corriendo terceras personas que lo ignoran.
- No se muestran partidarios de dar información a terceras partes sin el consentimiento del paciente, aunque éstas corran un riesgo importante.
- Buscan otras alternativas, poniendo todos los medios para inducir al paciente a que sea él quien dé esa información, antes que solicitar su consentimiento.

Estas respuestas parecen estar en desacuerdo con las normas éticas que indican que, ante un peligro importante para terceros, existe el deber de informar a éstos, aunque no se tenga el consentimiento del paciente. Pero, como se observó al comienzo, conviene matizar la respuesta, ya que **estos resultados hacen referencia a lo que harían en primer lugar** y no a su decisión final.

Los resultados son independientes de las variables sociodemográficas y de práctica médica, excepto en el caso del adolescente con problemas de drogas en el que los procedentes del medio rural, los varones, los formados por vía Mir y los que trabajan en los dos sistemas tienden más a pedir el consentimiento del paciente que a no informar.

En estos cuatro casos, los médicos de nuestra encuesta, antes de hacer una excepción al secreto, ponen todos los medios a su alcance para que las terceras partes puedan ser informadas, pero tratando de que sea el mismo paciente quien tome la iniciativa y comunique el riesgo. Y, visto así, parecen estar en el camino correcto desde el punto de vista ético, ya que, antes de dar información –también según las normas éticas–, se debe hacer todo lo posible para convencer al paciente de que debe informar. Esto es más notorio en el caso de SIDA, en el de la joven de 18 años embarazada, y en el del adolescente con problemas de drogas.

Estas tres variables resultan ser, además, según el análisis factorial y de conglomerados, las que están mejor definidas y parecen aportar más información en cuanto a la toma de decisiones de los médicos en estos supuestos. Se clarifican así algunos de los objetivos de la tesis.

La tendencia a actuar así parece deberse a la valoración que dan al

secreto y al reconocimiento de que es éste un derecho del paciente, a quien pertenece esa información, y que, por tanto, debe ser él quien la dé.

Por otro lado, esta forma de actuar también podría explicarse –en el caso del SIDA y en el del piloto– por el desconocimiento de las normas éticas o por la imprecisión del Código en los casos concretos. Es evidente que siempre se debe procurar obtener el consentimiento, pero también se reconoce que, en casos de riesgo importante, se puede dar información a terceros sin él. Además, la falta de una ley orgánica del secreto deja un vacío que puede llevar a la duda de cómo actuar. Como ya es conocido por todos, no existe en España una ley orgánica sobre el secreto que pueda aclarar los conflictos que surjan en este tema.

Se ha comentado en cada uno de los casos que los médicos de la CAM son más afines en la toma de decisiones a los holandeses que a los americanos de la encuesta de Lako (54). Como los primeros, los médicos de nuestra encuesta tienden a no informar y a buscar otras alternativas cuando se trata de situaciones de riesgos para terceros.

En caso de duda en la toma de decisiones, es una buena medida pedir consejo a médicos expertos o a comités de ética para que nos orienten; así actuaremos de acuerdo con las normas éticas y legales y evitaremos una conducta negligente.

3. Estudio de los seis casos clínicos restantes

Entramos ahora en la segunda parte de los problemas bioéticos sobre secreto médico, identificados en los restantes seis casos clínicos. Estos son:

- **Informar o no a terceras partes sin consentimiento del paciente** cuando éstas solicitan información al médico y se trata de:
 - **médico inspector:** paciente de baja;
 - **familia:** no decir la verdad al enfermo (la familia solicita que se le informe a ella de la enfermedad grave del paciente y no a éste);
 - **policía:** ante delincuente posiblemente drogadicto o con enfermedad psíquica;
 - **departamento recursos humanos de una empresa:** solicita

información de los resultados de las pruebas de un empleado de baja;

- **organismo oficial:** solicita conocer si los participantes en concurso público de empleo son o no aptos para el puesto de trabajo;
- **marido:** ante enfermedad grave de su mujer, que está pensando en posible divorcio.

3.1. Consideración de los casos clínicos (V22-V27)

• V22: solicitud de información por un médico inspector

a) Resultados de nuestra encuesta

El 78,5% informaría al médico inspector sin consentimiento de la paciente. Pero el 52,13% de éstos lo hablaría antes con la paciente y le informaría de su decisión de comunicárselo al inspector (opciones 3 y 6); el 16,6% daría la información sin pedir el consentimiento de la paciente (opciones 5 y 6); y el 9,7% actuaría de la misma forma si creyera que es lo mejor para la paciente (opción 4).

Sólo el 11,2% no daría esta información sin el consentimiento de la paciente (opciones 2 y 6).

No existe diferencia en la respuesta, ya que todos eligen la opción 3:

- En cuanto a la procedencia, tanto los rurales como los urbanos la eligen en más de un 50%.
- Respecto al sexo, ya que eligen esta misma opción en un 54% los varones y en un 61% las mujeres.
- Si tenemos en cuenta la formación, tanto los Mir como los no Mir la eligen en más de un 55%.
- En cuanto al lugar de ejercicio profesional, tanto los del SNS como los que trabajan en los dos sistemas la señalan como opción preferente en más del 54%.

b) Problemas bioéticos del caso

Estamos ante la petición de información acerca de un paciente por terceras partes. En estos casos, el médico está obligado a la protección del secreto: **no se deberá dar ninguna información del paciente a terceras partes no implicadas en su cuidado sin expreso consentimiento del**

paciente, a menos que tal petición sea requerida por la ley o a petición del juez (36).

En este caso, quien solicita información es otro médico, lo que cambia sustancialmente la afirmación anterior.

c) Tendencias y opiniones

En el artículo 18 del Código de Ética y Deontología Médica se señalan cuáles son las excepciones que permiten dar información del paciente.

Como señala Weil (36), algunas revelaciones del secreto intentan mejorar el apoyo médico y social que el paciente recibe y no provocan ninguna objeción. Por ejemplo, dar información a miembros del equipo o colegas directamente implicados en el tratamiento del paciente, que quedan comprometidos por el secreto (36). En opinión de Cuyás (5), este secreto no es violado cuando se comparte dentro de los límites precisos para una mejor atención médica al paciente. O, como afirman Larkin y otros (27), los médicos pueden dar información con el consentimiento del paciente. Pero, en el caso de tener que dar información a otros profesionales implicados en su cuidado, en la mayoría de los casos se puede entender que se tiene el consentimiento implícito del paciente (88).

Otros autores también refieren que, cuando un paciente es dado de alta en un hospital y trasladado a consultas externas, es de rutina compartir información importante respecto al tratamiento con el médico al que el paciente es remitido (89). Los tribunales permiten que se dé información a personas con legítimo interés en la salud del paciente (90) y el médico tiene ese interés por él.

Aunque ésta sea la práctica médica normal, hay situaciones en las que el paciente no quiere que se pase información a otros médicos (22, 91) y así lo hace constar expresamente. Este sería el caso de algunos pacientes seropositivos que no quieren que su *status* sea comunicado por el especialista que le trata, a su médico general o a otros médicos que pueden estar implicados en el cuidado de ese paciente. Los argumentos que dan para justificar mantener el secreto en esos casos son:

- **por parte del paciente:** que va a acudir siempre al médico que le trata, que sabe que es seropositivo, y no corre el peligro de no recibir tratamiento adecuado;

- **y por parte del médico:** que la profesión médica acepta un grado de riesgo en sus normas éticas y que la posibilidad de contagio para el médico, personal sanitario, etc., es rara, dadas las prevenciones que siempre se aconsejan y se toman al considerar a todo paciente como potencial transmisor de VIH.

En estos casos se aconseja obtener el consentimiento del paciente para poder dar información a otros médicos (91).

Por último, en el artículo 16.2 del Código de Ética y Deontología Médica se dice: *"el secreto médico obliga a todos los médicos cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio"*. Como señala Herranz (9), no hay excepciones a esta regla. Los médicos contratados por alguna entidad para atender médicamente a los que dependen de ella –médicos de empresa, de la fuerzas armadas, de prisiones, inspectores, etc.– tienen la obligación de ser independientes para cuidar, en primer lugar, de los intereses de sus pacientes. Esto les obliga a guardar el secreto ante los superiores jerárquicos de sus pacientes. Cuando tengan que comunicar a esos directores sus conclusiones de orden administrativo –por ejemplo, la baja laboral–, se limitarán a señalar que el paciente debe estar de baja durante tanto tiempo, pero sin revelar el diagnóstico del caso.

En el estudio realizado por Lako (54) en el que se recogen dos casos similares, los médicos holandeses muestran mas tendencia que los americanos a informar sin consentimiento a otros médicos, mientras que los americanos suelen pedir el consentimiento escrito del paciente.

d) Conclusiones de nuestros resultados

En nuestro caso, la información de la paciente la pide un médico que está implicado en su cuidado y que conoce su obligación de secreto. Es lógico que el médico que trata a la paciente le dé esa información y que lo haga sin su consentimiento, como así lo han señalado los médicos que han respondido la encuesta (78,5%). Aunque no sea necesario pedir el consentimiento a la paciente, es una buena práctica hablar con franqueza con ella, darle nuestra opinión; comentarle que también el inspector quiere conocer esta opinión y que se la vamos a dar, como así indica que actuaría el 52,13% de los médicos.

También se observa que, cuando quien solicita la información es un

médico, la conducta de los médicos españoles es más afín a la de sus colegas holandeses que a la de los americanos.

Habría que concluir que, en este caso, los médicos son buenos conocedores de las normas éticas y permiten que éstas guíen su conducta correctamente.

- **V23: petición por parte de la familia de ocultación de la verdad al paciente, pero no a ella**

- a) Resultados de nuestra encuesta

Las respuestas en este caso están muy igualadas, aunque globalmente se observa algo más de tendencia a no informar sin consentimiento, es decir, a dar prioridad al paciente sobre la familia a la hora de informar. Así lo haría el 47,3%, aunque el 24,8% de éstos señala que informaría al paciente si éste pregunta (opciones 2 y 7); el restante 22,5% no lo supeditaría a esto (opciones 1, 4 y 7). El 42,4% informaría sin consentimiento, dando prioridad a la familia sobre el paciente (opciones 5, 6 y 7).

Conviene hacer notar que en las respuestas recogidas se observa preocupación por valorar las circunstancias del paciente –si está capacitado, si se trata de una enfermedad grave, etc.– que no están especificadas en la exposición del caso clínico y que condicionarían la respuesta y los resultados obtenidos en caso de conocerse.

Parece existir diferencia respecto a tres de las variables dicotómicas; pero, como se comenta en cada una de ellas, la diferencia reside más bien en la opción más elegida que en el resultado final, el cual –como se señala a continuación– es el de informar sin consentimiento al dar prioridad a la familia sobre el paciente.

- Respecto a la procedencia del medio, los rurales eligen en el 24% la opción 5 (sólo se lo diría al hijo y le haría ver la conveniencia de que se lo dijera a su padre) y entre los urbanos es la 7 (otra) en un 22%, de los que el 55% entraría en la opción de informar sin consentimiento.
- Lo mismo sucede en cuanto a la formación: el 26% de los procedentes del sistema Mir elige la opción 5, mientras que el 19% de los no Mir prefiere la opción 6 (sólo se lo diría al hijo y le dejaría que él decidiera sobre la conveniencia de informar a su padre).

- Respecto al lugar de ejercicio, el 24% de los del SNS elige la opción 5, mientras que los que están en los dos sistemas eligen la opción 6 en el 31%.
- Sin embargo, en cuanto al sexo, la opción más elegida, tanto por los varones como por las mujeres, es la 5 en más del 20% en ambos casos.

En todos los casos, como se ha comentado más arriba, el resultado es informar sin consentimiento.

b) Problemas bioéticos del caso

En este caso, la familia plantea que el médico no diga la verdad al paciente y les dé a ellos la información. Antes de ver las opiniones recogidas por distintos autores sobre el papel de la familia en la enfermedad del paciente, vamos a señalar algunos puntos sobre el derecho a la verdad.

Cuyás repasa lo que es y lo que supone el derecho que el paciente tiene a conocer la verdad (5). Así, afirma que el derecho de todo hombre a conocer la verdad sobre las cosas que le afectan y la correspondiente obligación de informarle están en la base de la convivencia. Este derecho corre paralelo al del secreto, ya que la confianza, base de la relación médico-paciente, se expresa en la veracidad a la hora de dar información al paciente. Es a éste, en principio, a quien corresponde el derecho a conocer su estado de salud.

El paciente es, por tanto, el titular del derecho a conocer la verdad, si es adulto y dueño de sí (artículo 11.1 del Código de Ética y Deontología Médica). Y, como comenta Herranz (9), se le ha de informar no sólo para aliviar su ansiedad, sino para que participe en la toma de decisiones.

Naturalmente, no es un derecho absoluto y **hay excepciones:**

- Si **el paciente no está capacitado**, la información debe darse a quien pueda tomar decisiones en su nombre y actúe buscando el bien del paciente (artículo 11.3 del Código de Ética y Deontología Médica). Los familiares más allegados suelen ser los depositarios de este derecho, salvo que el paciente haya determinado otra cosa.
- Cuando **la información que se vaya a dar al paciente pueda suponer un grave daño para él** (artículo 11.5 del Código de Ética y Deontología Médica), el médico se acoge al privilegio terapéutico para no informarle. Es importante, al hacer esta excepción, ponderar

adecuadamente los factores que nos obligan a actuar así para no dejarnos llevar de la tendencia a no complicarnos, no afrontando el asunto con honestidad y responsabilidad. En muchos casos bastará con ir dosificando la verdad, comunicarla con delicadeza y tomarnos el tiempo necesario para que el paciente vaya asimilando su enfermedad.

- La tercera excepción la determinaría **el paciente si rehusa ser informado**. A este respecto, Herranz (9), al comentar el artículo 11.1 del Código de Ética y Deontología Médica, indica que el médico respetará esta decisión siempre que sea razonable y, en ocasiones, será una muestra de confianza en la competencia del médico. Pero directamente o por algún allegado hará saber al paciente lo que éticamente no puede ignorar.
- Existen todavía dos excepciones más, que serían **las urgencias y la existencia de graves problemas para la salud pública** (artículo 11.3 del Código de Ética y Deontología Médica); pero que, como no tienen relación con el caso planteado, no precisan comentarios.

La información al paciente sobre la verdad de su estado de salud se hace especialmente urgente cuando parece existir un cercano y fatal desenlace. El paciente tiene derecho a realizarse en el último acto de su vida tomando todas las decisiones que estime pertinentes para ello. Y, aunque el pronóstico no sea tan infausto, el paciente siempre deberá conocer la verdad para poder acceder al tratamiento indicado, si así lo quiere. También lo indica así Herranz (9) en sus comentarios al artículo 11.5 del Código de Ética y Deontología Médica.

La preocupación por las circunstancias del paciente que manifiestan las respuestas en este caso, como ya se ha señalado anteriormente, pueden tener relación con todo lo que acabamos de comentar. No parece que el paciente sea incapaz, ni tampoco que, en principio, tengamos que acogernos al privilegio terapéutico. En cuanto a la enfermedad, sólo se nos dice que es grave, lo que puede hacer suponer un fatal desenlace a más o menos corto plazo.

La otra parte interesada en la salud del paciente es la familia. En general, se acepta que la familia es una pieza clave en el apoyo al paciente.

c) Tendencias y opiniones

Se discute cómo debe ser la relación del médico con la familia del paciente. La opinión de algunos en este tema es que en su toma de decisiones el médico debería buscar, además del mayor beneficio para el paciente, el bienestar de la familia.

Otros consideran que en la toma de decisiones intervienen muchos factores que pueden desdibujar al médico su relación con la familia del paciente. Según Toon y Southgate (44), parece probable que los puntos de vista y el comportamiento de los médicos surjan de la compleja interacción de diversos factores: presiones sociales, paternalismo para hacer aquello que es en el mejor interés del paciente y la valoración de deberes respecto al secreto y otras materias. Los médicos pueden ser conscientes de algunas de estas influencias e ignorar otras.

En algunos campos este tema ha sido más estudiado y debatido. Ya se han expuesto las opiniones sobre la necesidad de contar con la familia en el caso de los menores de edad y también del aborto. También en el caso de enfermos mentales que viven con su familia, los profesionales de la salud opinan que la familia debería ser incorporada al tratamiento y desempeñar un papel de apoyo. El 99% de estos profesionales cree que es importante para las familias el conocimiento de la enfermedad mental y lo que ésta comporta (89). Por otro lado, las familias se quejan de que reciben poca información respecto a diagnóstico, tratamiento, recursos de la comunidad, etc. Petrila y Sadoff (89) opinan que esto se debe a que los profesionales de la salud creen que los principios éticos respecto al secreto les impiden compartir información con los familiares. Sugieren que la confidencialidad sea reexaminada para ver el modo de ampliar la información que se les da. Del mismo modo que, en determinadas circunstancias, las normas éticas han evolucionado para permitir advertir a terceras partes en riesgo, también deberían evolucionar respecto al intercambio de información con las familias.

Parece evidente que la falta de información puede tener consecuencias clínicas, bien porque no se dé a la familia –que quizá no sepa cómo actuar con el paciente ni cómo valorar si sus reacciones o estado pueden deberse a la evolución de la enfermedad o a efectos secundarios del tratamiento, etc.–, o bien porque la familia, que conoce al paciente, pueda aportarnos información que nos

sea útil de cara al enfermo. Si la familia sabe que el paciente está enfermo y que recibe tratamiento, se le puede proporcionar algo de información sin tener que detallar pormenores que se conozcan por la relación médico-paciente. Furlong y Leggat (88) opinan que, puesto que la familia lleva el peso de la enfermedad del paciente –sobre todo cuando éste vive con ellos–, tienen que recibir información y pueden ser considerados como un miembro más del equipo que trata al paciente. Sugieren tener una actitud más positiva y sensible hacia ellos, como reconocimiento al papel que desempeñan con el enfermo al asumir responsabilidades importantes y llevar el peso que supone la enfermedad del paciente. En algunas publicaciones actuales se sugiere que, en determinadas circunstancias, se les debe tener como aliados y compañeros. Por supuesto, el hecho de compartir información con la familia deberá ir precedido de una conversación con el paciente para obtener su consentimiento. También conviene considerar las circunstancias de cada caso para determinar si es o no oportuno hacer intervenir a la familia (92).

El respeto hacia la autonomía de los pacientes permite que se desarrollen las relaciones con ellos en un ámbito de confianza que les posibilita tener el mayor grado de independencia posible. Pero –aunque la confidencialidad es un derecho de los pacientes– el deber de secreto por parte del médico permite a éste compartir alguna información con otras personas: miembros del equipo que tratan al paciente, otros pacientes, la sociedad, etc.; y, dependiendo de las circunstancias, con la familia (88).

A la vista de los resultados de ciertas investigaciones (44), se aventuran algunas hipótesis sobre la actitud de los médicos hacia los familiares del paciente. Los médicos, dicen, ven a los familiares como una ayuda para el paciente cuando le acompañan a la consulta, y esto lo consideran especialmente importante cuando la capacidad del paciente está disminuida; cuando hay que comunicar una enfermedad de mal pronóstico; como apoyo de un diagnóstico y tratamiento; etc. Pero también son vistos como problemáticos cuando amenazan la autonomía del paciente y al médico le preocupa preservarla.

La información respecto a la enfermedad, diagnóstico, tratamiento y pronóstico pertenece al paciente, como ya se ha argumentado. Pero también las familias tienen unos derechos en cuanto que constituyen un apoyo importante para el paciente. El médico ha de manejar la información que tiene que dar de

forma adecuada para respetar el secreto, pero también entablando relaciones positivas con la familia (88).

d) Conclusiones de nuestros resultados

Si bien es verdad que el principio de autonomía tiene un gran peso en el ejercicio de la profesión médica, también poseemos una gran tradición paternalista –quizá más en el mundo mediterráneo–, que nos lleva a actuar en el mejor beneficio del paciente, entendiéndolo en este caso como no hacerle daño con la información y cediendo a la petición de la familia.

Es frecuente que nos encontremos en la consulta situaciones como la que se plantea en este caso clínico. La familia quiere proteger al paciente de la mala noticia y eso, en principio, es algo que puede beneficiar al enfermo, en cuanto que supone que tiene ese apoyo para afrontar su enfermedad. Pero el paciente, como se ha dicho anteriormente, tiene derecho a saber qué le pasa. Por esto, los médicos deben desarrollar las habilidades necesarias: primero, para saber comunicar malas noticias a los pacientes de forma positiva, ofreciéndoles nuestro apoyo y ayuda; si se acierta con el modo de decir, la verdad puede ayudarle prácticamente siempre (5); y segundo, respetando y valorando la protección que la familia quiere darle y estableciendo buenas relaciones con ella, de forma que le permitamos convertirse en un apoyo adecuado para el paciente.

Quizá nuestra tradición paternalista y nuestra falta de habilidades expliquen este equilibrio de fuerzas en las respuestas y que haya un grupo (42,4%) que apoye dar prioridad a la familia; y otro similar (47,3%) que señale dársela al paciente. Sin embargo, el 50 % de éstos últimos supeditan la prioridad al paciente y la información que le darían a que éste les pregunte sobre su enfermedad. Este último grupo podría estar interpretando que, si el paciente no pregunta, puede existir un rechazo implícito a conocer la verdad y, por tanto, un deber del médico de respetarlo.

De este 47,3%, hay un grupo pequeño, el 9,7%, que elige informar al paciente de forma progresiva (opción 4). Es indudable que el médico, para informar adecuadamente, a veces tendrá que tomarse el tiempo preciso para hallar el mejor modo de comunicar la verdad; y el paciente también necesita tiempo para hacerse cargo de los datos.

Una posible solución sería decirle al hijo que, aunque se entiende su

postura, ya que su padre ha de ser informado, el momento elegido podría ser al acudir a la consulta los dos juntos; algo que muy probablemente sería bien aceptado por el paciente y supondría que estaba dando consentimiento implícito a que su hijo fuera informado. Y dar entonces la noticia, teniendo presente al hijo para que le apoye como desea.

En estos casos, también puede suceder –y es frecuente– que el familiar se agobie con el diagnóstico, con el panorama del tratamiento y con el pronóstico. Forma parte también de nuestro deber hacia el paciente y hacia su familia ayudar a ésta para que, a su vez, apoye y tranquilice al paciente, que es quien tiene la enfermedad y quien sufrirá sus consecuencias.

Dentro de la actitud paternalista, el médico también puede plantearse que sea el hijo, que conoce más al paciente, quien mejor puede darle la noticia; y, en ese caso –tal y como han contestado prácticamente la mitad de los médicos en la encuesta–, aceptar que el hijo conozca la noticia primero y, después de hacerle ver la necesidad de que su padre tenga la información, dejar que se la comunique él mismo.

En mi opinión, el médico es –o debería ser– el más capacitado para dar este tipo de noticias: en primer lugar, por sus conocimientos médicos; y, en segundo, porque tiene el deber de conocer al paciente: su entereza y fortaleza de ánimo, sus convicciones personales, su equilibrio psíquico, etc. En estos casos, como en otras muchas situaciones de la vida, conviene ponerse en el lugar del paciente e intentar dar la noticia de forma adecuada y afectuosa, de modo que el paciente sienta que estamos a su lado y que lo seguiremos estando en todo momento. La experiencia demuestra que es ésta una actitud recibida siempre por los pacientes con agradecimiento y de gran ayuda para ellos, así como para la familia, que agradece el apoyo del médico; creándose con todo ello una relación muy favorable para lograr que el paciente asuma y lleve bien tanto su enfermedad como su pronóstico.

Las respuestas en este caso, tanto aquellas que señalan dar prioridad al paciente informándole cuando pregunta como las que eligen dar prioridad a la familia, parecen apoyarse en una actitud más paternalista que respetuosa y concededora de los derechos del paciente. Sólo el 22,5% que elige las opciones 1, 4 y 7, estaría actuando de acuerdo con este derecho y con las normas éticas comentadas.

Del mismo modo, tanto los formados fuera de la vía Mir como aquellos que trabajan en los dos sistemas que eligen la opción 6 parecen inclinarse por una actitud más paternalista que los demás, ya que dejan al hijo que sea quien decida si da o no la información al paciente. Esta actitud podría venir dada en ambos casos por la edad, ya que –como se indicó al comentar los resultados de las variables sociodemográficas– los médicos de más edad se encuentran en estos dos grupos.

En resumen, los médicos tenemos que estar a la altura de las circunstancias en las que nos coloca el ejercicio de nuestra profesión. Y hacerlo con competencia exige no sólo tener los conocimientos médicos y éticos adecuados, sino aprender a tratar al enfermo y a las familias, desarrollando una serie de capacidades como la ya citada de ponerse en el lugar del paciente y de su familia. Nuestra profesión nos coloca en una posición privilegiada para ayudar a los demás y apoyarles también con nuestro bagaje humano.

- **V24: solicitud de información por la policía**

- a) Resultados de nuestra encuesta

El 49,5% no informaría a la policía sin consentimiento. De estos sí lo haría ante el juez el 9,5% y sólo pediría el consentimiento del paciente en este caso el 0,5 %. El 28,5% solicitaría el consentimiento del paciente (opción 2).

El 44,6% informaría a la policía sin consentimiento. De estos, el 23,7% informaría antes al paciente de su decisión (opción 3) y el 20,9% no pediría el consentimiento (opciones 4, 5 y 6).

No existen diferencias significativas en cuanto a la procedencia, ya que tanto los rurales (34%) como los urbanos (26%) eligen la opción 2. Lo mismo sucede en cuanto a la formación: tanto los Mir (27%) como los no Mir (33%) eligen la opción 2. Por tanto, no informarían a la policía sin consentimiento.

Hay diferencia significativa respecto al sexo: los varones (30%) eligen la opción 2 y, por tanto, no informarían sin consentimiento, mientras que las mujeres (31%) eligen la opción 3 (hablaría antes con el paciente y le diría que la policía me ha pedido información y se la voy a dar) y por tanto informarían a la policía sin consentimiento. También existe diferencia en cuanto al lugar de ejercicio profesional. Los del SNS (32%) eligen la opción 2, por lo que no informarían sin consentimiento, mientras que los que trabajan en los dos

sistemas (31%) eligen la opciones 4 (daría esta información sin pedirle su consentimiento si considero que es lo mejor para el paciente) y 6 (otra), resultando informar sin consentimiento.

b) Problemas bioéticos del caso

Como ya se ha expuesto anteriormente en varias ocasiones, es claro el deber de secreto del médico, que no debe revelar información a terceras partes de cuanto conozca directa o indirectamente por su relación con el paciente. Generalmente se sostiene que la confidencialidad es parte del contrato entre el médico y el paciente y que dar información supondría la ruptura de ese contrato, excepción hecha de los casos en que el paciente da su consentimiento. Por eso, cuando nos enfrentamos al hecho de tener que dar información a terceras partes, lo más correcto será buscar siempre el consentimiento del paciente.

c) Tendencias y opiniones

En opinión de Marsden (93), tal consentimiento debería ser escrito, válido (en cuanto a que sea un consentimiento informado, dado libre y voluntariamente) y sólo para proporcionar aquella información que se solicita.

Cuando es la policía la que solicita esta información, se crea un conflicto entre el deber de secreto del médico y la petición de ayuda de la policía en sus investigaciones. Según Marsden (93), cuando las investigaciones de la policía se refieran a delitos menores, que son los más comunes, la información que soliciten debe ser dada sólo con el consentimiento escrito del paciente. En los accidentes de tráfico la policía necesita una serie de datos como el nombre y edad del paciente, descripción de las lesiones, situación clínica en que se encuentra y si precisa o no hospitalización. Todos estos datos pueden ser facilitados por el médico. Pero, si la petición de información se refiere a si puede haber conducido bajo la influencia de drogas, sobredosis de insulina, crisis epiléptica, etc., sólo se le debe facilitar información con el consentimiento del paciente.

En otros casos, en los que se puede ayudar a prevenir o detectar un delito grave, se puede dar la información a la policía en virtud de la existencia de un interés público. Pero en esas circunstancias, el médico, antes de hacerlo así, puede sentir la necesidad de consultar con otros colegas o expertos que le

orienten sobre cómo actuar. Aunque no todos parecen estar de acuerdo con este punto de vista y señalan que, además de considerar la gravedad del delito a la hora de informar a la policía, hay otros factores que deben ser tenidos en cuenta y que justifican que se pida el consentimiento del paciente (94). Otros parecen más explícitos (95) y señalan que, según sea el tipo de información solicitada –médica o no médica–, se puede requerir una orden judicial o se podrá dar sin consentimiento del paciente, como sucede en aquellos casos en que la ley determina que hay que declarar los hechos.

Desde el punto de vista ético, la responsabilidad para mantener el secreto está claramente afirmada en códigos como en el *International Code of Ethics* (1958), *General Medical Council* (1991).

Lo que no está tan clara es la posición legal cuando el secreto no está legislado, como sucede en algunos países (95). En el Reino Unido, la *British Association for Accident and Emergency Medicine* (BAEM), junto con la *British Medical Association Central Consultants and Specialists Committee* (CCSC), han dictado algunas normas respecto a este tipo de información. Así, en los casos donde se sospecha un delito grave, aconsejan revelar información no médica sin orden judicial cuando se dan unas circunstancias determinadas. Sin embargo, parece unánime la opinión respecto a la necesidad de consentimiento del paciente cuando se da información médica a terceras partes (95).

Respecto a cómo debe ser ese consentimiento, hay diversidad de opiniones. Así, por ejemplo, McCleave (96) señala que, si la policía quiere información acerca de un paciente, debe presentar alguna evidencia del consentimiento informado de éste para dar esa información. No es misión del médico conseguirlo. Si la policía no puede hacerlo porque alertaría al paciente de que se le está investigando, entonces el médico deberá sopesar sus deberes hacia la sociedad y el deber de confidencialidad.

En nuestro código de ética se determina en el artículo 18.1 que el médico puede verse obligado a dar información por imperativo legal, bien porque exista mandato legal de denunciar o porque pueda ser citado a declarar ante el juez en calidad de testigo o de perito, y entonces deberá considerar sus deberes respecto al paciente y respecto a la justicia. Pero, como subraya Herranz (9), el médico deberá tener en cuenta que hay esferas de la intimidad que son inviolables, bien por su propia naturaleza o porque no contribuyen al

esclarecimiento de los hechos, y sobre las que no puede ser obligado a declarar. En el caso que nos ocupa no parece existir imperativo legal, por lo que, si el médico considera que en ese caso existen razones justas para dar información, el único modo de poder darla sería con consentimiento del paciente. En el caso de mediar una orden judicial también deberá ponderar la información que da.

Aunque el imperativo legal es aceptado por todos los códigos como una excepción permitida al deber de secreto, hay opiniones contrarias. McConnell (97) afirma que aceptar este imperativo supone ceder a los legisladores la responsabilidad de los médicos en la toma de decisiones morales, lo que considera un error que debería ser rectificado.

d) Conclusiones de nuestros resultados

Los resultados de nuestra encuesta parecen estar igualmente repartidos entre las dos opciones, aunque predomina ligeramente la opción de no informar sin consentimiento. Entre aquellos que no informarían a la policía sin consentimiento (49,5%), algo más de la mitad (28,5%) solicitaría el consentimiento del paciente para informarla; el 9,5% sólo daría la información al juez y, en este caso, el 9% no solicitaría consentimiento.

De aquellos que señalan que informarían sin consentimiento (44,6%), aproximadamente la mitad (23,7%) informaría antes al paciente de su decisión; y el 20,9% no solicitaría el consentimiento del paciente.

En cuanto a la diferencias que aparecen respecto al sexo y al lugar de ejercicio profesional, no se pueden determinar qué factores las originan. Se puede suponer, quizá, que sienten cierta desprotección legal que puede ser percibida tanto por las mujeres como por aquellos que trabajan también en la medicina privada y que pudiera justificar su elección de informar sin consentimiento. Pero esta suposición es una hipótesis que queda pendiente de nuevas investigaciones.

En el estudio realizado por Lako (54), los resultados obtenidos en un caso similar demuestran que, aunque no existe diferencia significativa, la tendencia entre los médicos holandeses es a no dar información; mientras que, entre los americanos, es a dar información después de solicitar consentimiento escrito del paciente.

En este caso parece existir más afinidad en los resultados con los

médicos americanos, ya que es mayor la tendencia a solicitar el consentimiento (29%) que a no dar información (20,5%).

En un estudio realizado en el Reino Unido (95) se llegaba a la conclusión de que el personal médico necesita más formación para asegurar que se respeta la confidencialidad del paciente, aunque al mismo tiempo se ayude a la policía en sus investigaciones.

Esta podría ser la conclusión de nuestros resultados: la ausencia de indicaciones específicas para casos como éste –junto con el desconocimiento por parte de muchos de los profesionales de la importancia del consentimiento informado cuando se solicita información del paciente por terceras partes– puede explicar que la mitad de los médicos que responden a la encuesta decida dar información a la policía sin consentimiento del paciente.

- **V25: solicitud de información por una empresa**

- a) Resultados de nuestra encuesta

El 83,8% no informaría sin consentimiento a la empresa. Entre éstos, la opción 3 (comentaría los resultados con el trabajador y le pediría su consentimiento verbal o escrito para enviarlos a la empresa) es la más elegida por el 39,2%. El 26,9% no informaría nunca a la empresa (opción 1). El 12,8% informaría al servicio médico de empresa (opciones 2 y 7). El restante 4,7% remitiría a la empresa a inspección médica (opción 7).

Sólo el 11,3% informaría a la empresa sin consentimiento. De éstos, el 10,8% comentaría los resultados con el trabajador y le diría que va a enviarlos a la empresa (opción 4) y el 0,5% restante los enviaría directamente a la empresa (opción 6).

No existe diferencias en ninguna de las variables dicotómicas, siendo la opción 3 la más elegida. Respecto a la procedencia del medio, es elegida por los rurales en el 36% y por los urbanos en el 40%. En cuanto al sexo, es elegida aproximadamente por un 40% tanto por los varones como por las mujeres. Respecto a la formación, los Mir la eligen en el 36% y los no Mir en el 46%. En cuanto al lugar de ejercicio, los del SNS la eligen en el 40% y los que trabajan además en la privada en el 50%.

b) Problemas bioéticos del caso

En este caso, quien solicita información es la empresa a través de su departamento de recursos humanos. Nos remitimos a lo ya comentado en el caso del inspector (cfr. V22) respecto a la solicitud de información por terceras partes (36) y a la necesidad del consentimiento del paciente para dar esta información (27); también a lo que refiere el Código de Ética en el artículo 16.2 y a sus comentarios por Herranz (9): no se dice en la exposición del caso si el médico tiene alguna vinculación con la empresa, pero, en caso de tenerla, ya se ha comentado también (cfr. V22) que su deber es mantenerse independiente y cuidar en primer lugar de los intereses del paciente.

c) Tendencias y opiniones

Dar información del paciente sin tener en cuenta lo anterior le expone a ser tratado inadecuadamente y a recortar su libertad.

A veces, el paciente renuncia a su derecho al secreto por presiones: como medio de obtener trabajo, de acceder al servicio militar o de obtener el permiso de conducir (27). O puede ser discriminado, por ejemplo, en su lugar de trabajo si se conocen datos sobre su salud.

En un estudio realizado entre la población para saber la influencia que el conocimiento del estado de salud podía tener en compañías de seguros y de empleo, el 13% decía que a él o algún miembro de su familia se le había negado un puesto de trabajo debido al conocimiento de datos sobre su estado de salud; el 87% no quería que en su trabajo se supiera si se ha hecho pruebas y su resultado; y el 17% no daría los resultados en su trabajo por temor a perderlo (98).

En otro estudio (99) el 86-87% señala que los médicos no deberían dar información médica a los seguros y empresas sin el consentimiento escrito del paciente, lo que según los autores parece ser debido al temor a ser discriminados.

Castilla (6) hace referencia a una orden de la Generalitat de Valencia sobre la protección de los informes médicos de empresa en la que se exige que en los informes médicos enviados a los departamentos de personal de la empresa solamente se incluyan apreciaciones referentes a la aptitud del paciente para el trabajo, pero no al diagnóstico ni a la historia clínica. El contenido de esta

orden está de acuerdo con el artículo 16.2 de nuestro Código de Ética, ya comentado a propósito del caso del médico inspector y al que anteriormente hemos hecho referencia.

El artículo 16.3 del Código de Ética y Deontología Médica señala que el médico guardará secreto de todo lo que el paciente le haya confiado y de lo que haya conocido en su ejercicio profesional. Como señala Herranz (9) en el comentario a este artículo, el médico sólo comentará datos del paciente con otros médicos en un contexto puramente profesional y cuando estén implicados en su cuidado; pero no lo hará con nadie más.

Como ya se ha indicado, la petición de información, en este caso, es desde la empresa, que no es parte implicada en el cuidado de la salud del paciente. Por tanto, salvo que se obtenga el consentimiento expreso de éste, la empresa no puede ser informada de los resultados médicos de uno de sus empleados. Es más, no tiene derecho a pedir esa información al médico, que no se la puede dar. Las terceras partes deben asumir que el mero interés no las legitima para obtener información (2).

d) Conclusiones de nuestros resultados

Los resultados de la encuesta de no informar a la empresa sin consentimiento del paciente están de acuerdo con esta norma. La opción más elegida (39,2%) hace referencia a solicitar el consentimiento del paciente antes de enviar estos resultados. El 12,8% enviaría la información al servicio médico de empresa, y el 4,7% a inspección médica. El restante 26,9% señala que nunca enviaría esta información a la empresa.

Llama la atención el 11,3% que informaría sin consentimiento: aunque representa un porcentaje bajo respecto al total, hace suponer que más del 10% de los médicos encuestados no conocen adecuadamente el Código de Ética.

Se puede hacer una precisión más en cuanto a los resultados: los médicos de nuestra encuesta tienden más a no dar información (44,4%) que a buscar el consentimiento (39,2%). Para determinar si damos la información o no, es importante considerar –además de la necesidad de consentimiento para darla– si quien la solicita es justo destinatario de ella: en este caso no lo es y, por lo tanto, la decisión del médico de no informar está de acuerdo con esta consideración. Puede, si quiere, solicitar el consentimiento del paciente; pero

puede no hacerlo y decidir sencillamente no informar a la empresa, enviando la información a quien competa (servicio médico, inspección médica y el propio paciente).

- **V26: solicitud de información por un organismo oficial**

- a) Resultados de nuestra encuesta

El 69,9% no informaría al organismo oficial sin consentimiento. Pero de éstos el 36% no daría la información que solicita el organismo oficial –si es o no apto para ese puesto de trabajo– pero sí solicitaría un baremo y daría información médica (opción 1); el 24,7% la daría al candidato (opción 2); el 8,1% comentaría los resultados con el candidato y le pediría su consentimiento (opción 3); un 0,5% no daría la información en ningún caso (opción 7); y otro 0,5% la daría con consentimiento previo y sólo información médica sin contestar si es apto o no apto (opción 7).

El 23,73% daría información al organismo oficial sin consentimiento. De éstos el 19,4% comentaría los resultados con el paciente y le diría que va a enviarlos al organismo oficial (opción 4); el 1,1% comentaría los resultados con el candidato y, sin pedirle su consentimiento, los enviaría al organismo oficial (opción 5); y el 3,2% los enviaría al organismo oficial, sin comentarlos con el paciente y sin pedir consentimiento (opción 6).

Respecto a las variables dicotómicas, no existen diferencias significativas en procedencia, sexo y formación, siendo la opción 1 la más elegida en las tres variables:

- Respecto a la procedencia, aproximadamente la elige el 34%, tanto de los rurales como de los urbanos.
- En cuanto al sexo, es elegida por más del 37% tanto por los varones como por las mujeres .
- Respecto a la formación, es elegida por el 42% de los Mir y el 34% de los no Mir.

Pero sí parece que existen diferencias en cuanto al lugar de ejercicio, ya que la opción 1 es la más elegida por los del SNS en el 38%; y en los que trabajan en los dos sistemas la elección está repartida por igual (37%) entre la opción 1 y la 4, por lo que parece que la tendencia entre los primeros es a no informar sin consentimiento, mientras que, entre los segundos, parece que

tienden por igual a no informar sin consentimiento que a informar sin consentimiento.

b) Problemas bioéticos del caso

Si nos remitimos a lo ya comentado respecto a solicitud de terceras partes y a la necesidad de consentimiento, habría que señalar que en este caso estaría dado implícitamente por el paciente, ya que, al convocar el concurso de empleo, entre las normas para acceder constaría la necesidad de un reconocimiento donde se evaluara su aptitud para ese trabajo. Además, el organismo oficial no solicita información médica, sino que el médico certifique la aptitud del candidato para ese trabajo, lo cual es correcto.

c) Tendencias y opiniones

Hechas estas premisas, si consultamos el Código de Ética para saber la norma de conducta a seguir, nos dice en su artículo 16.2 que *“el secreto profesional obliga a todos los médicos cualquiera que sea la modalidad de su ejercicio”*. En los comentarios que hace Herranz (9) a este artículo y que ya han sido expuestos anteriormente (cfr. V22 y V25), indica que el médico que ha sido contratado por una entidad debe mantener su independencia y cuidar en primer lugar de los intereses del paciente. Por eso deberá limitarse a comunicar sus conclusiones de orden administrativo y a señalar *“... si es apto para tal actividad laboral..., sin revelar el diagnóstico”* (en este caso, se trataría de no revelar los datos médicos del reconocimiento). Por tanto, la norma de actuación sería contestar al organismo oficial respecto a lo que nos pide; en este caso, como se ha señalado más arriba, sólo solicita saber si es o no apto para desempeñar ese trabajo y se podría hacer sin consentimiento explícito del paciente.

d) Conclusiones de nuestros resultados

Dicho esto, convendría precisar los resultados que parecen presentar alguna confusión para poder interpretarse adecuadamente:

- La mayoría tiende a no informar sin consentimiento y a buscar otras alternativas para dar la información: solicitar un baremo (36%), dar los resultados al candidato (24,7%) y pedir consentimiento (8,6%).
- Los que solicitan un baremo (36%) informarían de resultados médicos

(opción 1).

- Tienden más a no informar (61,2%) que a solicitar consentimiento, ya que sólo el 8,6% lo pediría.
- Informaría sin consentimiento el 23,73%, de los que la mayoría (19,4%) comentaría los resultados con el candidato y le informaría que los van a enviar al organismo oficial; el 1,1% sólo informaría al candidato y los enviaría al organismo oficial; y el 3,2% los enviaría directamente sin comentar nada con el paciente.

A la vista de todo lo anterior, parece que el 36% de los médicos –que no informaría sin consentimiento respecto a lo que solicita el organismo oficial, pero sí pediría un baremo para decir si se ajustan o no a él (lo cual es correcto) e informaría de datos médicos– no actuaría de acuerdo a las normas.

Sí parece estar actuando dentro de la norma –puesto que el consentimiento del paciente es una de las condiciones que libera del deber de secreto al médico– el 33,3%: éstos o bien darían la información al candidato (con lo que éste puede decidir si presentarlos o no al organismo oficial), o bien comentaría los resultados con el candidato y le pediría su consentimiento (aunque se suponga que lo ha dado implícitamente, se le puede pedir expresamente).

No parece correcta la actuación del 0,5%, que manifiesta que nunca daría esa información, puesto que, si acepta el contrato del organismo oficial, tendrá que dar alguna información.

Respecto al 23,73%, que dice que informaría al organismo oficial sin pedir el consentimiento del paciente, parece que estaría actuando correctamente, puesto que se puede considerar –como ya se ha comentado– que éste lo ha dado implícitamente. De todas formas, no está de más que, como señala el 20,5% de este grupo, se comenten antes los resultados con el candidato e incluso que se le comunique que se van a enviar al organismo oficial; cosa que, por otra parte, no puede sorprenderle, porque lo sabrá por los requisitos establecidos para el acceso al puesto de trabajo.

En cuanto a la diferencia que parece existir en las respuestas respecto al lugar de ejercicio profesional, parece mayor la tendencia de los del SNS a no informar al organismo oficial de lo que éste solicita, y sí de datos médicos del paciente sin pedir expresamente el consentimiento, que la de los que trabajan en

los dos sistemas, que parecen elegir por igual informar de datos médicos sin consentimiento e informar al candidato de los resultados y de que tienen que enviarlos al organismo oficial. Está última opinión es más acorde con las normas éticas comentadas anteriormente. Pero tanto unos como otros demuestran no tener un claro conocimiento del Código de Ética y Deontología Médica.

En conclusión, habría que decir que no parece estar muy clara la forma de actuar, al menos para ese 36,5% que no daría la información solicitada (el 36%, como se ha dicho, pediría un baremo y daría información médica y el 0,5% no daría nunca la información). Aunque la forma de actuar correcta parece ser algo más conocida por los que trabajan en los dos sistemas que por aquellos que sólo están en el SNS.

Convendría señalar, al interpretar estos resultados, que la redacción de la opción 1 no es clara y se presta a confusión, ya que por un lado se indica que se solicitaría un baremo para decir si se ajustan o no a él; y por otro se dice que sólo se informaría de resultados médicos. Quizá esto pueda justificar la confusión de los datos.

- **V27: solicitud de información por el esposo de la paciente**

- a) Resultados de nuestra encuesta

El 90,8% no informaría al marido sin el consentimiento de la mujer. De estos el 80,1% trataría de que el marido estuviera informado: el 41,4% a través de su mujer (opción 2); el 28,5% a través del médico con el consentimiento previo de la paciente (opción 3); y el 10,2% citándoles a los dos juntos (opción 4). El restante 10,7% nunca le daría esta información (opciones 1 y 7).

Sólo el 2,2% daría información al marido sin el consentimiento de la paciente, si creen que es lo mejor para ella (opción 5).

No existen diferencias significativas en ninguna de las variables dicotómicas. En todas, la opción más elegida es la 2:

- En cuanto a la procedencia, tanto los rurales como los urbanos eligen esta opción en un 41%;
- Respecto al sexo y formación, aproximadamente es elegida por el 43% tanto por unos como por otros.
- En cuanto al lugar de ejercicio profesional, es elegida por el 44% de los del SNS y por el 50% de los que trabajan en los dos sistemas.

b) Problemas bioéticos del caso

En este caso, quien solicita información es el marido de la paciente, que puede tener un interés razonable y algún derecho a ser informado, aunque por la exposición del caso se vea que atraviesan por dificultades matrimoniales.

c) Tendencias y opiniones

Antes de entrar en la discusión de los resultados, puede ser de utilidad saber qué piensan los pacientes respecto a dar información a sus parientes.

En un estudio realizado entre la población para conocer las actitudes respecto a la autonomía y confidencialidad en un tipo determinado de prueba diagnóstica (99), el 56-57% de las respuestas manifestaba estar muy en desacuerdo con que los médicos informaran de los resultados al esposo o miembros de la familia sin el consentimiento escrito de la paciente, aunque esto supusiera no poner en su conocimiento el posible riesgo de desarrollar una determinada enfermedad.

Este estudio parece confirmar que los pacientes tienen puntos de vista muy concretos respecto a cuestiones éticas y sociales. Los autores sugieren que, puesto que los profesionales siguen discutiendo estos temas –sin ponerse de acuerdo en la línea de actuación a seguir– y los pacientes demuestran ser capaces de reflexionar y tomar decisiones en estas cuestiones éticas complejas, sus opiniones y actitudes deberían ser plasmadas como normas prácticas y propuestas legales.

Todo lo comentado hasta ahora sobre dar información a terceras partes y la necesidad de consentimiento del paciente pone de manifiesto que esto último es la clave para poder informar a terceros, puesto que la información pertenece al paciente (artículo 11.4 del Código de Ética y Deontología Médica). No es una excepción que ese tercero sea un familiar o, como en este caso, el marido. Si el secreto es fundamentalmente un derecho del paciente (artículo 16.1 del Código de Ética y Deontología), o éste autoriza a dar información, o en caso contrario se da información indebidamente, menos en las excepciones ya comentadas. Los resultados del estudio señalado más arriba ponen de manifiesto cómo entienden los pacientes la autonomía y el secreto.

d) Conclusiones de nuestros resultados

En nuestra encuesta, la gran mayoría (90,8%) no informaría al marido sin consentimiento de la paciente. De éstos, no le informaría nunca el 10,7% y el 80,1% buscaría el modo de que estuviera informado. Que esa información sea dada por la mujer parece lo más lógico, y así lo haría el 41,4%. Y, si ella no quiere, el médico le ofrecería la oportunidad de hacerlo él –previo consentimiento de la paciente–, bien directamente o mediante una cita con los dos, lo cual también parece razonable; así dice que actuaría el 38,7%.

Respecto al 2,2% que informaría sin consentimiento, parece prevalecer la actitud paternalista sobre el principio de autonomía y deber de secreto con el paciente, ya que indican que actuarían así si considerasen que es lo mejor para la paciente.

En el estudio de Lako (54), en dos casos similares no existe diferencia significativa entre los médicos holandeses y los americanos: los dos tienden a no dar información sin consentimiento, aunque los segundos buscan más el consentimiento verbal o escrito donde los primeros rehusan dar información.

Los resultados de nuestra encuesta están acordes con lo que dicen los médicos americanos y holandeses. Pero, como los holandeses, los médicos de la CAM tienden más a no dar información (52,1%) que a buscar consentimiento (38,7%).

3.2. Conclusiones finales a los seis últimos casos (V22-V27)

1) Se podría resumir que la toma de decisiones de los médicos de nuestra encuesta ante la solicitud de información por terceras partes va a depender del solicitante y, en algunos casos, de las variables sociodemográficas y de práctica médica:

- Tienen a dar información si se trata de otros médicos, y en este caso lo hacen sin consentimiento del paciente.
- Cuando es la familia:
 - no darían la información sin consentimiento del paciente, aunque se trate de una enfermedad importante;
 - sin embargo, cuando la solicitud hace referencia a no decir la verdad al paciente si existe una enfermedad grave, no parecen tener muy claro a quién darían la información: aunque

globalmente tienden algo más a dársela al paciente; como la mitad la supeditan a que éste la solicite, parece prevalecer la información a la familia sin consentimiento.

- Si la solicita la policía, la tendencia es a no informar sin consentimiento. Pero las mujeres y los que compatibilizan su trabajo en el SNS y en la privada tienden a informar sin consentimiento, haciendo una excepción al deber de secreto.
- Si la solicitud de información es por una empresa, no informarían sin consentimiento del paciente.
- También tienden a no informar sin consentimiento a organismos oficiales cuando éstos solicitan información no médica. Pero parecen contradecirse, ya que casi la mitad de los médicos no daría la información no médica que el organismo oficial pide sin el consentimiento del paciente, pero sí daría información médica sin consentimiento. Los del SNS parecen tender más a esta forma de actuar que los que trabajan en los dos sistemas. Estos resultados contradictorios podrían estar justificados por la confusa redacción de la opción más contestada.
- Tienden más a no informar que a solicitar consentimiento cuando se trata de la familia, empresa y organismo oficial. En el caso de solicitud por la policía tienden más a solicitar el consentimiento que a no informar. Esto pudiera estar justificado por el deber de colaborar con la justicia y también por desconocimiento de lo que hay que hacer en estos casos, como lo demuestra el equilibrio de fuerzas en las respuestas a este supuesto.

2) Los médicos tienden más a hacer una excepción al secreto cuando se les solicita información que cuando existe riesgos para terceros, pues entonces dan menos información. Esta excepción parece estar en relación:

- con quien solicita la información (siempre con los médicos y con la familia cuando se trata de no decir la verdad al paciente);
- y con el sexo y el lugar de ejercicio profesional: las mujeres y los que trabajan en los dos sistemas tienden a dar información sin consentimiento a la policía; y los del SNS a informar de datos médicos

sin consentimiento cuando el solicitante es un organismo oficial.

Las razones que parecen justificar esta excepción cuando solicitan información otros médicos están en los artículos 16.2 y 17.2 del Código de Ética, por considerar que están implicados en el cuidado del paciente. Parece existir un predominio de la actitud paternalista –sobre el deber de secreto y el derecho del paciente a su privacidad– cuando la demanda de información por la familia es no decir la verdad al paciente. Los médicos formados por la vía no Mir y los que trabajan en los dos sistemas, que son los de más edad, parecen tender más al paternalismo que el resto en este último supuesto.

Podría existir un cierto temor a la falta de protección legal para los médicos en el caso de las mujeres y en el de los que trabajan en los dos sistemas cuando dan información a la policía, junto con desconocimiento de las normas éticas. Esto último también parece justificar la actuación de los médicos ante la demanda de información por un organismo oficial, especialmente entre los que trabajan en el SNS.

Los médicos parecen conocer bien las normas éticas respecto a sus deberes con otros médicos implicados en el cuidado del paciente y cuando quien solicita la información es una empresa o la familia. Pero parecen no conocerlas adecuadamente en algunos casos –como cuando solicita la información la policía o un organismo oficial– en cuanto al contenido de la información a dar sin consentimiento del paciente. Respecto al organismo oficial, los resultados deben ser valorados con reservas, como ya se ha indicado.

- 3) Como en los resultados de la encuesta de Lako (54) referentes a los médicos holandeses, los médicos de la CAM tienden más a no dar información cuando existen riesgos para terceros y a buscar otras alternativas, que cuando se les solicita información por terceras partes.

Cuando se trata de solicitud de información por terceras partes, parecen ser más afines en la toma de decisiones a la de los médicos holandeses que a la de los americanos. Tienden más a no dar información que a buscar el consentimiento, excepto cuando la información es solicitada por la policía; en este caso se parecen más a los americanos, que tienden mayoritariamente a buscar el consentimiento.

4) Parece existir una interpretación contradictoria del secreto en cuanto a las actitudes y toma de decisiones en los médicos de la CAM:

- Por un lado, se permiten hacer comentarios innecesarios del paciente.
- Por otro, tienden a no dar información cuando parece necesario hacerlo porque existen riesgos para terceras partes.
- Y tienden a darla sin consentimiento cuando quien solicita información es un médico; y cuando la solicita la familia, si se trata de no decir la verdad al paciente.

Esta misma contradicción se da entre los médicos holandeses de la encuesta de Lako (54).

5) Se recomienda que los médicos desarrollen las habilidades necesarias, para saber comunicar, de forma positiva, malas noticias a los pacientes, ofreciéndoles su apoyo y ayuda. Y, a la vez, que consigan una buena comunicación con la familia, reconociendo y valorando su papel de apoyo al paciente.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones finales de la tesis están condicionadas por la muestra de población de médicos que ha participado en la encuesta y cuyos resultados nos han servido para lograr los objetivos de nuestro estudio. Exponemos a continuación las características de la muestra.

- 1) En la muestra de población de médicos de la CAM utilizada para el estudio se observa **dependencia entre las variables sociodemográficas y de práctica médica.**
- 2) La muestra es **muy proporcionada en cuanto al número de varones y de mujeres**, aunque existe un número algo mayor de varones.
- 3) Los **varones tienen más edad, tienden a tener formación no Mir; a compatibilizar su trabajo en el SNS con la consulta privada; y a llevar más tiempo de ejercicio profesional.**
- 4) Por el contrario **las mujeres son más jóvenes, tienden a tener formación Mir; a trabajar sólo en el SNS; y a llevar menos tiempo de ejercicio profesional.**
- 5) Los procedentes del medio rural y los que trabajan en los dos sistemas **tienden a ver más pacientes al día que los que proceden del medio urbano y que aquellos que sólo trabajan en el SNS.**

A. Conclusiones

Actitudes de los médicos del estudio

- 1) Los médicos de la encuesta **valoran mucho el secreto profesional** como fundamento de su actividad médica y esto es independiente de las variables sociodemográficas y de práctica médica.
- 2) Esta valoración parece **no guardar coherencia respecto a algunas actitudes** –como la de poca discreción– que manifiestan los médicos de la encuesta cuando hacen comentarios del paciente.
- 3) Aunque los médicos encuestados, **en general dicen hablar poco del paciente y, por tanto, dan poca información, algunas veces se permiten**

hacer comentarios que, tanto por su contenido como por sus destinatarios, son innecesarios y ponen de manifiesto **falta de discreción**.

- Los encuestados hablan menos del paciente y, por tanto, dan **menos información cuando se trata de datos más delicados**, aunque tengan que ver con su estado de salud.
 - Esta información va dirigida fundamentalmente a **médicos y enfermeras**, pero también –aunque en poca proporción– a **auxiliares administrativos**.
 - Los comentarios de los encuestados **parecen estar asociados a algunos factores: sexo, formación y lugar de ejercicio profesional**. Así, las mujeres, los formados por vía Mir y los que trabajan en el SNS manifiestan más tendencia a hacer este tipo de comentarios.
 - Estos **resultados son especialmente significativos**, ya que, según el estudio estadístico, las variables referentes a los comentarios del médico acerca del paciente (V10, V11 y V12) son –entre las del cuestionario sobre secreto que miden las actitudes– las mejor definidas y las que aportan más información.
- 4) Dan **poca información del paciente por teléfono**, –menos que cuando hacen comentarios de éste – y parece adecuada, en cuanto a los destinatarios: fundamentalmente médicos y familiares próximos al paciente. Habría que valorar si cuando se da a estos últimos, se hace con el consentimiento del paciente.
- Estas actitudes **parecen depender de los factores sexo y procedencia del medio**. Así, las mujeres y los que proceden del medio rural tienden a dar más información por teléfono que los varones y que los que proceden de zonas urbanas.
- 5) Los médicos de la encuesta **tienden a reseñar con discreción los datos más delicados** del paciente en la historia y cuando **presentan datos** en sesiones clínicas y en publicaciones. La tendencia es a proteger la privacidad del paciente **bastantes veces** en el primer caso; y la identidad, **siempre**, en el segundo.
- Esta actitud **no parece dependiente de ningún factor**: es la misma en todos los médicos de la muestra y, por tanto, independiente de las variables sociodemográficas y de práctica médica.

- 6) En cuanto al lugar donde los médicos hablan con otros médicos de sus pacientes, es correcto para la gran mayoría de los médicos de nuestro estudio que elige lugares cerrados. Pero existe un grupo significativo que parece no dar importancia a este hecho, manifestando hacerlo en cualquier lugar, ya sea abierto o cerrado o, preferentemente, en un lugar abierto.
- 7) En general, señalan tener pocas dificultades para guardar el secreto profesional y parecen dependientes del factor sexo: las mujeres dicen tener algo más de dificultad.

- Esas dificultades son:

- a) Con la institución sanitaria; son más frecuentes:

- por la forma en que se solicita o se da información del paciente, en partes de baja o justificación de consulta por el especialista;
- por la historia clínica (porque se agrupa a los diferentes miembros de la familia en la misma historia);
- por el sistema de archivo de historias.

Todas ellas parecen más de índole organizativa por parte de la institución sanitaria, aunque el médico no debe creerse eximido del deber de buscar soluciones para resolverlas. En el apartado de recomendaciones se hacen algunas sugerencias.

- b) Con el personal sanitario: son más frecuentes con médicos y enfermeras, en este orden. Pero los auxiliares administrativos constituyen un colectivo importante en este tema: parece existir un factor de indiscreción junto a un desconocimiento del deber de secreto, esto último más relacionado con este grupo de profesionales, para con los que el médico tiene también el deber de hacerles notar la importancia de la custodia del secreto.

- c) Con la familia del paciente: son más frecuentes con la esposa y con el marido, seguidos por los padres.

- d) Con otras instituciones: los dos más frecuentes parecen ser los médicos inspectores, seguidos de los médicos de empresa. Las empresas parecen ser un colectivo importante en este tema.

- Estos datos a)-d) hay que valorarlos con reserva por las dificultades que se han tenido en la corrección de las variables que los miden y que parecen no haber sido redactadas con claridad.

- 8) Tanto las circunstancias en las que **se da información inadecuada del paciente**, –n. 3)– como en las **dificultades que el médico encuentra para guardar el secreto** y que han sido señaladas anteriormente –n. 7)– parecen encontrar su **explicación en las tres hipótesis formuladas en este estudio**: la influencia de la estructura sanitaria, que permite un secreto muy compartido; la falta de discreción con que se trata la información en nuestra sociedad; y la carencia de formación ética en este campo, que impediría al médico detectar las situaciones en las que no respeta el deber de secreto.
- 9) Sin embargo, **parecen conocer bien el deber de secreto** cuando dan información **por teléfono**, cuando **reseñan datos delicados** en la historia, y cuando **presentan datos** en sesiones clínicas y publicaciones: nn. 4) y 5).
- 10) Los pacientes que **plantean más conflictos** a los médicos de la encuesta en relación con el deber de secreto, son **los enfermos de SIDA y de cáncer**.

Toma de decisiones de los médicos del estudio

- 1) Cuando existen riesgos para terceros:
 - a) Buscan el medio de no hacer una excepción al deber de secreto y **prevalece el derecho del paciente a su privacidad y autonomía**.
 - b) **Ponen todos los medios para que las terceras partes implicadas estén informadas**, pero que sea el paciente quien les dé esa información.
 - c) **Prevalece la búsqueda de otras alternativas** a la petición del consentimiento para dar la información.

Estos resultados son independientes de las variables sociodemográficas y de práctica médica, excepto en el caso del adolescente en ambiente de drogas en el que los procedentes del medio rural, los varones, los formados por vía Mir y los que trabajan en los dos sistemas parecen preferir la petición de consentimiento a la de la búsqueda de otras alternativas.

Los resultados anteriores son especialmente significativos, ya que las variables que los miden –V18, V20 y V21– son las mejor definidas y las que más información aportan según el estudio estadístico en esta parte de la encuesta que se refiere a los casos clínicos.

Esta forma de actuar se podría explicar por la valoración que dan al secreto y su reconocimiento de que es un derecho del paciente, al que

pertenece esa información. También podría ser debido al desconocimiento de las normas éticas o a la imprecisión del Código en los casos concretos, como podría ponerse de manifiesto en el caso del SIDA y del piloto.

Estos **resultados –a)–c)– están condicionados** al modo en que está formulada la pregunta, **ya que se les pide que señalen lo primero que harían, no lo único y definitivo.** Por eso en algún caso los resultados en la toma de decisiones no se ajustan a las normas éticas, aunque parecen estar en la línea. Esto resalta especialmente en el caso del SIDA, donde las normas éticas indican que se pongan todos los medios antes de informar a las terceras partes en riesgo, lo que es acorde con nuestros resultados. Algo que sucede también en el caso del piloto.

2) Cuando se solicita información por terceras partes, los médicos de la encuesta:

a) Supeditan dar la información:

- dependiendo del **solicitante:**
 - si éste es un **médico, dan información sin consentimiento** por considerar que está implicado en el cuidado del paciente.
 - si es la **familia** y se trata de solicitar información sobre la enfermedad, **no darían la información sin consentimiento.** Pero, cuando la solicitud hace referencia a **no decir la verdad al paciente** si se trata de una enfermedad grave, **parece prevalecer informar sin consentimiento,** dando prioridad a la familia sobre el paciente;
 - si es la **policía, una empresa o un organismo oficial, no se da información sin consentimiento.** En este último caso existe contradicción en los resultados y parece que la mitad de los que entrarían en esta opción, tenderían a dar información médica sin consentimiento: esta contradicción podría estar motivada por una redacción confusa de la opción 1, que es la más elegida por los médicos de la encuesta, por lo que estos resultados deben ser valorados con reservas.
 - si es la **familia** la que solicita la información, una **empresa** o un **organismo oficial, prevalece la tendencia a no dar información**

sobre la de buscar el consentimiento. Si se trata de la policía, la **tendencia es a buscar el consentimiento** más que a no dar información;

- y dependiendo **de algunas de las variables sociodemográficas y de práctica médica**:
 - en el caso de la policía, **las mujeres y los que trabajan en los dos sistemas** tienden a dar información sin consentimiento;
 - si se trata de un organismo oficial, parece que **los médicos del SNS** tenderían más a dar información médica sin consentimiento que los que trabajan en los dos sistemas. Pero, como se ha observado anteriormente, estos resultados deben ser valorados con reservas.

b) Tienden más a hacer una excepción al secreto –dando información del paciente– cuando se les solicita información que cuando hay riesgos para terceros.

- Esta excepción parece estar en relación con quién solicita la información –siempre con los médicos y con la familia cuando se trata de no decir la verdad al paciente–, con el sexo y con el lugar de ejercicio profesional: las mujeres y los que trabajan en los dos sistemas tienden a dar información sin consentimiento a la policía; y los del SNS, a informar de datos médicos sin consentimiento cuando el solicitante es un organismo oficial.
- **Y parece apoyarse**:
 - en el caso de **los médicos**, en el artículo 16.2 y 17.2 del Código de Ética;
 - en el caso de **la solicitud por las familia de no decir la verdad al paciente**, en un predominio de la actitud paternalista sobre el deber de secreto. Esta actitud parece ser más manifiesta entre los formados por vía no Mir y en aquellos que trabajan en los dos sistemas, que son los de más edad;
 - en el caso de **la policía**, en una falta de conocimiento de las normas éticas, y quizá porque pueden percibir cierta desprotección legal tanto las mujeres como aquellos que trabajan en los dos sistemas;

- en el caso del **organismo oficial** también parece existir desconocimiento de las normas éticas.
- c) Los médicos parecen **conocer bien las normas éticas respecto a sus deberes con otros médicos** implicados en el cuidado del paciente y, también, cuando quien solicita la información es **una empresa o la familia**.
 - d) Parecen **no conocerlas adecuadamente en cuanto al contenido de la información a dar sin consentimiento del paciente en algunos casos:** cuando se trata de **un organismo oficial y de la policía**.
- 3) Se observa una **interpretación contradictoria del secreto** por parte de los médicos que, por un lado, se permiten hacer comentarios innecesarios del paciente; y, por otro, no dan información cuando parece necesario hacerlo porque hay riesgo para terceras partes o cuando la familia solicita ocultar la verdad al paciente.

B. Recomendaciones

Se hacen algunas recomendaciones para evitar o resolver conflictos con el deber de secreto:

- 1) La formación ética y conocimiento de las leyes existentes puede ayudar al médico a ser más coherente con la valoración que hace del secreto respecto a sus actitudes y toma de decisiones en su ejercicio profesional.
- 2) Las normas éticas y legales deben orientar al médico en sus decisiones, que en último término deberán ser tomadas en conciencia.
- 3) Esta formación debe hacerse extensiva a todo el personal del centro de salud y de la consulta privada, que es además un deber del médico, como señala el artículo 17.1 del Código de Ética y Deontología Médica. Y también a la familia del paciente y al propio paciente en algunos casos, para que conozcan sus derechos y deberes en la toma de decisiones.
- 4) Los médicos deben desarrollar las habilidades necesarias para, de forma positiva, saber comunicar malas noticias a los pacientes y ofrecerles apoyo y

ayuda. Y, a la vez, establecer una buena relación con la familia, reconociendo el papel que ésta desempeña en el cuidado del enfermo.

- 5) Solicitar consejo de otros profesionales expertos en ética o a comités de ética quizá sea un medio idóneo para que el médico se oriente en sus decisiones y pueda tomarlas de acuerdo a las normas éticas y legales existentes, evitando una conducta negligente.
- 6) Para subsanar los problemas de índole organizativa por parte de la institución sanitaria que pueden dificultar el deber de secreto, se sugiere:
 - a) Que las solicitudes de pruebas y los partes interconsulta vayan en sobre cerrado y dirigido al médico que tiene que realizar la prueba o la consulta. Lo mismo procedería hacer en cuanto a las respuestas a estas peticiones.
 - b) Archivo de la historia clínica de forma segura y no accesible al personal no autorizado.
 - c) Cuando sea necesario el traslado de las historias de un centro de salud a otro, hacerlo en sobre cerrado.
 - d) Hacer una historia clínica separada para cada miembro de la familia.

VII. BIBLIOGRAFÍA

VII. BIBLIOGRAFÍA

- (1) Gracia D. Fundamentos de Bioética. Madrid, Eudema, 1989; 41-48; 68; 99-106; 128-137; 141-143; 173-187; 200-204; 285-299.
- (2) Winslade WJ. "Confidentiality", en Reich WT, ed, Encyclopedia of Bioethics, ed rev, vol 1, New York, Simon & Schuster Macmillan, 1995, 451-459.
- (3) Greenawalt K. "Privacy", en Reich WT, ed, Encyclopedia of Bioethics, 2ª ed, vol 3, New York, The Free Press, 1982, 1356-1363.
- (4) López Azpitarte E. El secreto profesional en la asistencia sanitaria. Defensa de la intimidad personal. Labor Hospitalaria 1986; 18 (199): 45-49.
- (5) Cuyás M. El derecho a la intimidad y el derecho a la verdad. Labor Hospitalaria 1988; 210: 296-300.
- (6) Castilla A. El secreto médico. Cuadernos de Bioética 1996; 2: 202-209.
- (7) Thompson IE. La naturaleza de la confidencialidad. J Med Ethics 1979; 5: 57-64.
- (8) Annas GJ. A national bill of patients' rights. N Engl J Med 1998; 338 (10): 695-699.
- (9) Herranz G. Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. Pamplona, Eunsa, 1992; 33-36; 39-42; 53-59; 74-94.
- (10) Heras J. "La relación médico-paciente", en Polaino-Lorente A, ed, Manual de Bioética General, Madrid, Rialp, 1994; 271-2.
- (11) Lindenthal JJ, Thomas CS. Confidentiality in Clinical Psychiatry. Med Law 1992; 11: 119-125.
- (12) Parrot R, Burgoon J, Burgoon M, LePoire BA. Privacy between physicians and patients: more than a matter of confidentiality. Soc Sci Med 1989; 29 (12): 1381-1385.
- (13) Gracia D. "La relación médico-enfermo en España. Balance de los últimos veinticinco años". Curso sobre Dimensiones Histórico-Sociales de la Salud, Escuela Libre de Derecho y Economía, Madrid, Octubre-Noviembre 1989; 1-11. o bien: Todo hospital 1989; 62: 23-26.
- (14) Gracia D. Los cambios en la relación médico-enfermo. Med Clin 1989; 93:100-102.

- (15) Martí JA, Buisán L. "El secreto profesional en medicina", en Viladerdell F, coord, *Ética y Medicina*, Madrid, Espasa Calpe, 1988; 81-115.
- (16) Gisbert J. "El secreto médico", en Polaino-Lorente A, ed, *Manual de Bioética General*, Madrid, Rialp, 1994; 298-310.
- (17) Castilla A, Vega J, Villa M, Bayo A, Queipo D, Martínez Baza P. *Secreto médico: aspectos conceptuales y fundamentación ética*. Cuadernos de Bioética 1993; 3: 30-33.
- (18) Álvarez-Cienfuegos JM. El secreto y el nuevo Código Penal. III Congreso de Derecho Sanitario, Madrid, Noviembre 1996; 1-18.
- (19) Álvarez-Cienfuegos JM, López O. "Secreto médico y confidencialidad de los datos sanitarios", en De Lorenzo, coord, *Plan de Formación en Responsabilidad Legal Profesional*, Madrid, Asociación Española de Derecho Sanitario ed, 1998; 1-28.
- (20) Gil C. El Código Penal cumple un año. *Diario Médico* 1997; Mayo 26: 6.
- (21) Tilton SH. Right to privacy and confidentiality of medical records. *Occup Med* 1996; 11 (1): 17-29
- (22) Guillon R. AIDS and medical confidentiality. *Br Med J* 1987; 294: 1675-1677.
- (23) Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*, New York, Oxford University Press, 1979; 210-213.
- (24) Kottow MH. Medical Confidentiality: an intransigent and absolute obligation. *J Med Ethics* 1986; 12:117-122.
- (25) Jozefowicz TH. The case against having "profesional privilege" in the physician/patient relationship. *Med Law* 1997; 16 (2): 358-393.
- (26) Grombs S. Maintenance of profesional privilege as exists in France. *Med Law* 1997; 16 (2): 395-404.
- (27) Larkin JL, Moskop J, Sanders A, Derse A. The emergency physician and patient confidentiality: a review. *Ann Emerg Med* 1994; 24 (6): 1161-1167.
- (28) Taiz J. The breaching of medical confidentiality by reason of an order of court. *Med Law* 1991; 10 (1): 43-53.
- (29) Gil C. El médico tiene amparo constitucional para no actuar de testigo sobre un paciente. *Diario Médico* 1996; Jun 20: 10.
- (30) Fernández-Valdivia A, Ocon P, Osuna E, Luna A. Placing medical information in the hands of the judiciary: medicolegal problems. *Med Law* 1994; 13 (3-4): 277-283.

- (31) Benrubi GI. Confidentiality in the age of AIDS. *J Reprod Med* 1992; 37 (12): 969-972.
- (32) Kleinman Y, Baylis F, Rodgers S, Singer P. Bioethics for clinicians: 8. Confidentiality. *CMAJ* 1997; 156 (4): 521-524.
- (33) Green SA: The ethical limits of confidentiality in the therapeutic relationship. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17 (2): 80-84.
- (34) Torre E. El sindicato médico de Zamora denuncia una violación de la confidencialidad. *Diario Médico* 1992; Nov 25: 6.
- (35) Gil C. Las historias médicas no deben estar al alcance de los administrativos. *Diario Médico* 1992, Nov 27: 6.
- (36) Weil F. Releasing the treating psychiatrist from confidentiality. *Med Law* 1993; 12 (3-5): 249-255.
- (37) Lako CJ. Privacy protection and population-based health research. *Soc Sci Med* 1986; 23 (3): 293-295.
- (38) Robinson DM. Health information privacy: without confidentiality. *Int J Biomed Comput* 1994; 35 suppl: 97-104.
- (39) Dodek DY, Dodeck A. From Hippocrates to facsimile. Protecting patient confidentiality in more difficult and more important than ever before. *CMAJ* 1997; 156 (6): 847-852.
- (40) Lindenthal JJ, Clandewell ST. A comparative study of the handling of confidentiality. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168 (6): 361-369.
- (41) Lindenthal JJ. Consumers, clinicians and confidentiality. *Soc Sci Med* 1982; 16: 333-335.
- (42) Weiss BD. Confidentiality expectations of patients, physician and medical students. *JAMA* 1982; 247 (19): 2695-2697 y 2708-2709.
- (43) Mabeck CE. Confidentiality in general practice. *Fam Pract* 1985; 2 (4): 199-204.
- (44) Toon PD, Southgate LJ. The doctor, the patient and the relative: an exploratory survey of doctor-relative relationship. *Fam Pract* 1987; 4 (3): 207-211.
- (45) Lindenthal JJ, Jordan TJ, Lenz JD, Thomas CS. Social workers' management of confidentiality. *Soc Work* 1988; 33: 157-158.
- (46) Novack DH, Detering BJ, Arnold R, Forrow L, Ladinsky M, Pezullo JC. Physicians' attitudes toward using deception to resolve difficult ethical problems. *JAMA* 1989; 261 (20): 2980-2985.

- (47) Grove DI, Mulligan JB. Consent, compulsion and confidentiality in relation to testing for HIV infection: The views of WA doctors. *The Medical Journal of Australia* 1990; 152 (4): 174-178.
- (48) Jordan JJ, Lindenthal JJ. Methodological issues in the study of confidentiality: a reinterpretation of findings. *Med Law* 1991; 10: 537-548.
- (49) Ullom-Minnich PD, Kallail KJ. Physicians' strategies for safeguarding confidentiality: The influence of community and practice characteristics. *J Fam Pract* 1993; 37 (5): 445-448.
- (50) Zadick YK. Breaking confidentiality survey. *Med Law* 1993; 12: 257-262
- (51) Roback H, Purdon SE, Ochoa E, Bloch F. Effects of professional affiliation on group therapists' confidentiality attitudes and behaviors. *Bull Am Acad Psychiatry Law* 1993; 21 (2): 147-153.
- (52) Lako CJ, Lindenthal JJ. Confidentiality in medical practice. *J Fam Pract* 1990; 31 (2): 167-170.
- (53) Lako CJ, Huygen FJA, Lindenthal JJ, Person JMG. Handling of confidentiality in general practice: a survey among general practitioners in the Netherlands. *Fam Pract* 1990; 7 (1): 34-38.
- (54) Lako CJ, Lindenthal JJ. The management of confidentiality in general medical practice: A comparative study in The U.S.A. and The Netherlands. *Soc Sci Med* 1991; 32 (2): 153- 157.
- (55) García J, García JM, Luna A. "El derecho a la intimidad desde la perspectiva de los profesionales médicos". *Actas de las I Jornadas Nacionales sobre los "Derechos del Enfermo"*, Consejería de Sanidad y Consumo, Cátedra de Medicina Legal, Murcia, 1987; 168-173.
- (56) PA, Zell MM, Miller DJ, Fischer GS, Peters-Stefani D, Arnold RM. Elevator talk: observational study of inappropriate comments in a public space. *Am J Med* 1995; 92 (2): 190-194.
- (57) Jayawardena H. AIDS and profesional secrecy in the United States. *Med Sci Law* 1996; 36 (1): 37-42.
- (58) Nicol TE. Confidentiality versus disclosure of a patient's infectious status. *Gen Dent* 1997; 45 (1): 78-80.
- (59) Mackereth P, Harrison T. Maintaining confidentiality when tracing contacts. *Nurs Times* 1995; 91 (2): 25-26.
- (60) Fruman LS. AIDS and the physician's duty to warn (Part 1). *Med Law* 1991;

10 (5): 416-443.

Tarasoff v Regent of the University of California (1974): un paciente psiquiátrico había comentado a su terapeuta su intención de matar a Tatania Tarasoff. El terapeuta avisó a la policía que le detuvo el tiempo necesario para interrogarle, pero que posteriormente lo dejó en libertad y no tomó ninguna otra medida ni tuvo en cuenta la advertencia del terapeuta. Dos meses más tarde el paciente mató a T. Tarasoff. Los padres de la víctima demandaron al terapeuta. El tribunal no aceptó el argumento de la defensa de que Tarasoff no era paciente del terapeuta y por tanto no tenía ningún deber hacia ella. El tribunal observó que cuando un paciente presenta un serio peligro para otra persona, el terapeuta tiene obligación de advertir a esa persona.

Posteriormente esta sentencia fue revisada (1976) y se consideró un deber de proteger que es más amplio que el deber de advertir, que permite otra serie de medidas para proteger a la víctima (como puede ser ingresar al paciente por ejemplo) y que no supone necesariamente advertirle (65).

(61) Bayer R, Toomey KE. HIV prevention and the two faces of partner notification. *Am J Public Health* 1992; 82 (8): 1158-1164.

(62) Daniolos PT, Holmes VF. HIV public policy and psychiatry. An examination of ethical issues and profesional guidelines. *Psychosomatics* 1995; 36 (1): 12-21.

(63) Bredfeldt RC, Dardeau FM, Wesley RM, Waugan-Wrobel BC, Markland L; AIDS: familiy physicians' attitudes and experiences. *J Fam Pract* 1991, 32 (1): 71-75.

(64) Vernon TM, Mangione EJ, Hoffman RE, Spencer EN, Wolf FC. Colorado's HIV partner notification program. *Am J Public Health* 1993; 83 (4): 598.

(65) Searight HR, Pound P. The HIV-positive psychiatric patient and ther duty to protect: ethical and legal issues. *Int J Psychiatry Med* 1994; 24 (3): 259-270.

(66) Fruman LS. AIDS and the physician's duty to warn (Part 2). *Med Law* 1991; 10 (6): 515-526.

(67) Gostin LO, Weber DW. HIV infection and AIDS in ther public health and health care systems: the role of law and litigation. *JAMA* 1998; 279 (14): 1108-1113.

(68) Commision on AIDS. AIDS policy: position statement on confidentiality, disclosure, and protection of others. *Am J Psychiatry* 1993; 150 (5): 852.

(69) Boyd KM. HIV infection and AIDS: the ethics of medical confidentiality. *J Med*

Ethics 1992. 18(4): 173-179.

(70) Daley J, Forrow L. Ethical issues. Prim Care 1992; 19 (1): 203-216.

(71) McIntyre RL. Breaching physician-patient confidentiality to protect public welfare. N J Med 1998; 95 (1): 47-52.

(72) Walzer RS. The physician's physician: latent duties to protect third person. Med Law 1992; 11 (5-6): 423-440.

(73) Felthous AR. Substance abuse and the duty to protect. Bull Am Acad Psychiatry Law 1993; 21 (4): 419-426.

(74) Pettis RV. Tarassof and the dangerous driver: a look at the driving cases. Bull Am Acad Psychiatry Law 1992; 20 (4): 427-437

(75) Anfang SA, Appelbaum PS. Twenty years after Tarasoff: reviewing the duty to protect. Harv Rev Psychiatry 1996; 4 (2): 67-76.

(76) Givelber D. The legal obligation to prevent harm: the Tarasoff rule and its limits. Mt Sinai J Med 1996; 63 (2): 77-81.

(77) Leyson DJ. Abortion: in search of a constitutional doctrine (Part 2). Med Law 1991; 10 (3): 219-234.

(78) Leyson DJ. Abortion: in search of a constitutional doctrine (Part 1). Med Law 1991; 10 (2): 155-183.

(79) Committee on Adolescence, American Academy of Pediatrics. The adolescent's right to confidential care when considering abortion. Pediatrics 1996; 97 (5): 746-51.

(80) Bluestein D, Starling ME. Helping pregnant teenagers. West J Med 1994; 161 (2): 140-143.

(81) Council on Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association. Mandatory parental consent to abortion. JAMA 1993; 269 (1): 82-86.

(82) Ford CA, Millstein SG. Delivery of confidentiality assurances to adolescents by primary care physicians. Arch Pediatr Adolesc Med 1997; 151 (5): 505-509.

(83) Fleming GV, O'Connor KG, Sander JM. Pediatricians' views of access to Health Services for adolescents. J Adolesc Health 1994; 15 (6): 473-478.

(84) Fisher CB, Higgins-D'Alessandro A, Rau JM, Kuter TL, Belanger S. Referring and reporting research participants at risk: view from urban adolescents. Child Dev 1996; 67(5): 2086-2100.

(85) Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, de 20 de Noviembre de 1989 (BOE, 31-XII-1990).

- (86) L.O. 1/1996, de 15 de Enero, de Protección Jurídica del Menor (BOE, 17-I-1996).
- (87) American College of Physicians. Ethics Manual. *Ann Intern Med* 1998; 128 (7): 576-594.
- (88) Furlong M, Leggat M. Reconciling the patient's right to confidentiality and the family's need to know. *Aust N Z J Psychiatry* 1996; 30 (5): 614-622.
- (89) Petrila JP, Sadoff RL. Confidentiality and the family as caregiver. *Hosp Community Psychiatry* 1992; 43 (2): 136-139.
- (90) Goldberg DJ. Physician-patient confidentiality. Legal and ethical implications in the setting of basal cell nevus syndrome. *Dermatol Surg* 1997; 23 (11): 1095-1097.
- (91) Dancaster JT, Dancaster LA. Confidentiality concerning HIV/AIDS status--the implications of the Appeal Court decision. *S Afr Med* 1995; 85 (3): 141-144.
- (92) Ryan CJ, Furlog M. Comment on reconciling the patient's right to confidentiality and the family's need to know. *Aust N Z J Psychiatry* 1996, 31 (3): 429-431.
- (93) Marsden AK. Helping the police with their enquiries. *J R Soc Med* 1992; 85 (4): 187-188.
- (94) Schutte P. Comment on helping the police with their enquiries. *J R Soc Med* 1992; 85 (8): 510.
- (95) Marshall R, Rainer T. Review of police inquiries to an accident and emergency department. *J Accid Emerg Med* 1996; 13 (6): 402-405.
- (96) McCleave NR. Confidentiality in general medicine and police service medicine. *Aust Fam Physician* 1995; 24 (3): 394-397.
- (97) Mc Connell T. Confidentiality and the law. *J Med Ethics* 1994; 20 (1): 47-49.
- (98) Lapham EV, Kozma C, Weiss JO. Genetic discrimination: perspectives of consumers. *Science* 1996; 274 (5287): 621-624.
- (99) Benkendorf JL, Reutenauer JE, Hughes CA, Eads N, Willison J, Powers M, Lerman C. Patients' attitudes about autonomy and confidentiality in genetic testing for breast-ovarian cancer susceptibility. *Am J Med Genet* 1997; 73 (3): 296-303.

VIII. LISTADO DE VARIABLES

VIII. LISTADO DE VARIABLES

- **V1: procedencia del medio rural o urbano.**
- **V2: edad.**
- **V3: sexo.**
- **V4: formación recibida como médico de familia, si es vía Mir o no Mir.**
- **V5: lugar del ejercicio profesional, en el SNS o en el SNS y consulta privada.**
- **V6: tiempo de ejercicio profesional en la medicina de familia o medicina general.**
- **V7: media de número de pacientes por día.**
- **V8: valor que se da al secreto como fundamento de la actividad médica (cfr. pregunta nº 1 del cuestionario sobre secreto médico).**
- **V9: si se presentan con frecuencia dificultades para guardar el secreto (cfr. pregunta nº 2 del cuestionario sobre secreto médico).**
- **V10: comentarios de datos de la vida del paciente -que haya referido en la consulta y que no tengan que ver con su estado de salud- a quien pudiera identificarle (cfr. pregunta nº 8 del cuestionario sobre secreto médico).**
- **V11: comentarios de datos de salud del paciente -que por su naturaleza son más reservados o delicados- a quien pudiera identificarle (cfr. pregunta nº 10 del cuestionario sobre secreto médico).**
- **V12: información que se da del paciente cuando se secundan comentarios respecto al paciente por parte del personal no médico del centro de salud o de la consulta (cfr. pregunta nº 12 del cuestionario sobre secreto médico).**
- **V13: información que se da del paciente cuando se solicita por teléfono (cfr. pregunta nº 14 del cuestionario sobre secreto médico).**
- **V14: si el archivo de las historias clínicas del centro de salud reúne las condiciones para la guarda del secreto médico (cfr. pregunta nº 16 del cuestionario sobre secreto médico).**
- **V15: utilización de siglas para reseñar de forma discreta, datos del paciente que son más delicados, en la historia clínica, peticiones de pruebas, etc. (cfr. pregunta nº 17 del cuestionario sobre secreto médico).**

- **V16: presentación de datos clínicos del paciente sin que pueda ser identificado, en sesiones clínicas o publicaciones** (cfr. pregunta nº 18 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V17: formación del personal no médico respecto al secreto** (cfr. pregunta nº 19 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V18: SIDA** (caso clínico nº 1).
- **V19: piloto** (caso clínico nº 2).
- **V20: aborto** (caso clínico nº 3).
- **V21: adolescente con problemas de drogas** (caso clínico nº 4).
- **V22: solicitud de información por un médico inspector** (caso clínico nº 5).
- **V23: solicitud de la familia de no decir la verdad al paciente con enfermedad grave** (caso clínico nº 6).
- **V24: solicitud de información por la policía** (caso clínico nº 7).
- **V25: solicitud de información por la empresa** (caso clínico nº 8).
- **V26: solicitud de información por un organismo oficial** (caso clínico nº 9).
- **V27: solicitud de información por el marido ante enfermedad grave de su mujer** (caso clínico nº 10).
- **V28: tipo de pacientes** que se ven con más frecuencia en la consulta (cfr. nº 7 de datos generales de la encuesta).
- **V29: nivel cultural de la población** que se atiende (cfr. nº 8 de datos generales de la encuesta).
- **V30: tipos de pacientes con los que se tiene más dificultades para guardar el secreto** (cfr. pregunta nº 7 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V31: personas a las que se le hacen comentarios de la vida del paciente no referentes a su estado de salud** (cfr. pregunta nº 9 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V32: personas a las que se le hacen comentarios de datos de salud del paciente, que por su naturaleza son más reservados** (cfr. pregunta nº 11 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V33: personas del centro de salud o consulta a las que se secundan los comentarios que hacen del paciente** (cfr. pregunta nº 13 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V34: personas a las que se les da información del paciente cuando la**

solicitan por teléfono (cfr. pregunta nº 15 del cuestionario sobre secreto médico).

- **V35: lugares donde se suele hablar del paciente con otros médicos** (cfr. pregunta nº 20 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V36: dificultades que se tienen para guardar el secreto médico con la institución sanitaria** (cfr. pregunta nº 3 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V37: dificultades que se tienen para guardar el secreto médico con el personal sanitario** (cfr. pregunta nº 4 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V38: dificultades que se tienen para guardar el secreto médico con la familia del paciente** (cfr. pregunta nº 5 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V39: dificultades que se tienen para guardar el secreto médico con otras instituciones** (cfr. pregunta nº 6 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V40: otras dificultades que se pueden tener respecto al secreto médico y que no estén reseñadas en la encuesta.** (cfr. pregunta nº 21 del cuestionario sobre secreto médico).
- **V41: sugerencias sobre la guarda del secreto médico** (cfr. pregunta nº 22 del cuestionario sobre secreto médico).

ANEXOS

ANEXO I-A**Datos generales de la encuesta**

- (V1) 1. Procedencia del medio: - rural
- urbano
- (V2) 2. Edad
- (V3) 3. Sexo: - varón
- mujer
- (V4) 4. Médico de familia: - vía MIR
- vía no MIR
- (V5) 5. Lugar del ejercicio profesional: - SNS..... Área de salud.....
- medicina privada
- las dos
- (V6) 6. Número de años de ejercicio profesional en la medicina de familia
(medicina general)
- (V7) 7. Número de pacientes (media de nº de pacientes por día)
- (V28) 8. Pacientes que ves con más frecuencia: - 3ª edad
- profesionales de edad media
- adolescentes
- inmigrantes
- otros (señala cuáles son)
-
- (V29) 9. Nivel cultural de la población que atiendes:
- bajo
- medio (estudios de grado medio)
- alto (estudios universitarios)

ANEXO I-B

DEFINICIÓN

Definimos el secreto médico como la guarda de la información dada por el paciente al médico y de todo aquello que éste vea, oiga o intuya durante el acto médico.

CUESTIONARIO SOBRE SECRETO MÉDICO

(V8) 1. Entre los principios o valores que fundamentan tu actividad médica, puntúa de 1 a 4 que valor das al secreto médico.

nada	poco	bastante	mucho
1	2	3	4

(V9) 2. ¿Se te presentan con frecuencia dificultades para guardar el secreto médico?

nunca	poco	con frecuencia	mucho
1	2	3	4

(V36) 3. Si esas dificultades son con la institución sanitaria, señala por orden decreciente (de más a menos) las que se presentan con más frecuencia

- 1) sistema de archivo de historias clínicas (.....)
- 2) la propia historia clínica (p.ej. que agrupa la historia de los diferentes miembros de la familia, etc) (.....)
- 3) Por la forma en que se solicita o se da información del paciente (partes de baja, motivo de solicitud o justificación de consulta con otro especialista, etc) (.....)
- 4) otros..... (escribe cuáles son).....(.....)

(V37) 4. Si esas dificultades son con el personal sanitario, señala por orden decreciente (de más a menos) con quién/es las tienes con más frecuencia

- 1) otros médicos (.....)
- 2) enfermeras (.....)
- 3) celadores (.....)
- 4) auxiliares administrativos (.....)
- 5) trabajadores sociales (.....)
- 6) personal de la limpieza (.....)
- 7) unidades de apoyo (.....)

(V38) 5. Si esas dificultades son con la familia del paciente, señala por orden decreciente (de más a menos) con quién/es las tienes con más frecuencia

- 1) esposa/marido (.....)
- 2) hijos (.....)
- 3) padres (.....)
- 4) hermanos (.....)

5) otros familiares (.....)

(V39) 6. Si esas dificultades son con otras instituciones, señala por orden decreciente (de más a menos) con cuál/es las tienes con más frecuencia

- 1) médicos inspectores (.....)
- 2) médicos de empresa (.....)
- 3) compañías de seguros (.....)
- 4) empresas (.....)
- 5) organismos oficiales (.....)
- 6) policía (.....)
- 7) otros...(escribe cuáles son).....

(V30) 7. Subraya los dos campos o tipos de pacientes con los que tienes más dificultad para guardar el secreto médico

- 1) asuntos relacionados con la vida (aborto, eutanasia, enf. terminales...)
- 2) sida
- 3) otras enf. infecciosas
- 4) enf. de transmisión sexual
- 5) cáncer
- 6) enf. psíquicas
- 7) asuntos laborales
- 8) reconocimientos médicos de empresas
- 9) reconocimientos previos para la admisión a un puesto de trabajo
- 10) otros...(escribe cuáles)

(V10) 8. ¿Comentas datos de la vida del paciente -que te haya referido en la consulta- a quien pudiera identificarle, que a tu juicio, no tengan que ver con su estado de salud?

nunca	poco	bastante	muchas veces
1	2	3	4

(V31) 9. Si comentas esos datos del paciente -cfr.n.8-, ¿con quién/es lo haces habitualmente?

- 1) otros médicos
- 2) enfermeras
- 3) celadores
- 4) auxiliares administrativos
- 5) trabajadores sociales
- 6) personal de limpieza
- 7) otros...(escribe a quiénes).....

(V11) 10. ¿Comentas datos a quien pudiera identificar al paciente, que por su naturaleza son más reservados (p.ej. homosexualidad, hábitos sexuales, herencia, etc.), aunque tengan que ver con la salud del paciente?

nunca	poco	bastante	muchas veces
1	2	3	4

(V32) 11. Si comentas esos datos, ¿con quién/es lo haces habitualmente?

- 1) otros médicos
- 2) enfermeras
- 3) celadores
- 4) auxiliares administrativos
- 5) trabajadores sociales
- 6) personal de la limpieza
- 7) otros...(escribe a quiénes).....

(V12) 12. Si alguien del centro de atención primaria o de tu consulta privada, te hace un comentario sobre datos referentes al paciente, ¿le sigues en la conversación, constatando si es así?

nunca	pocas veces	bastante	muchas veces
1	2	3	4

(V33) 13. En caso de hacer comentarios, señala con quién/es los haces habitualmente

- 1) otros médicos
- 2) enfermeras
- 3) celadores
- 4) auxiliares administrativos
- 5) trabajadores sociales
- 6) personal de limpieza
- 7) Otros...(escribe a quiénes).....

(V13) 14. ¿Si te llaman por teléfono solicitando información de un paciente la das?

nunca	algunas veces	bastantes veces	siempre
1	2	3	4

(V34) 15. En caso de dar información por teléfono, señala a quién/es das esa información habitualmente

- 1) otros médicos
- 2) familiares próximos al enfermo (esposa/marido, hijos, padres, hermanos)
- 3) cualquiera que sea quien llame si de alguna forma tiene interés por el paciente
- 4) otros...(escribe a quiénes).....

(V14) 16. ¿Consideras que el acceso a las historias clínicas en tu centro, reúne las condiciones para la guarda del secreto médico?

ninguna	pocas	bastantes	todas
1	2	3	4

(V15) 17. ¿Utilizas expresiones o siglas, para reseñar de forma discreta, datos del paciente que te parecen especialmente delicados, cuando tienes que escribirlos en la historia, pedir una prueba, etc.?

nunca	pocas veces	bastantes veces	siempre
1	2	3	4

(V16) 18. ¿Al presentar datos clínicos de pacientes en sesiones clínicas o publicaciones, lo haces de forma que el paciente no sea identificado?

nunca	pocas veces	bastantes veces	siempre
1	2	3	4

(V17) 19. ¿Cuando el personal no médico empieza a trabajar en un centro de salud, se les explica o se les hace caer en la cuenta de alguna forma, que tienen que guardar el secreto profesional?

nunca	pocas veces	bastantes veces	siempre
1	2	3	4

(V35) 20. ¿Dónde sueles hablar de tus pacientes con otros médicos? (puedes señalar más de una respuesta)

- 1) en la sesión clínica que se tiene en un lugar cerrado
- 2) en la sesión clínica que se tiene en un lugar abierto donde puede entrar cualquiera.
- 3) en un pasillo/ en el ascensor/ o en cualquier sitio público, si me encuentro al médico que me interesa o me surge la necesidad de comentar
- 4) tomando café en un lugar dónde hay o puede entrar personal no médico
- 5) en el despacho

(V40) 21. Reseña otros campos donde la guarda del secreto médico, a tu juicio, sea difícil y no estén explicitados aquí.

.....

.....

.....

.....

.....

(V41) 22. Haz las sugerencias que te parezcan oportunas sobre la guarda del secreto médico

.....

.....

.....

ANEXO I-C

Por favor, contesta a los casos clínicos eligiendo una única respuesta

(V18) 1. Un hombre de 32 años acude a la consulta por tener molestias al tragar. En la exploración se observa una candidiasis orofaríngea. Como ya se le ha visto en varias ocasiones por este mismo proceso, se le pregunta si alguna vez se ha drogado. Manifiesta haberse pinchado durante unos años, pero lo dejó antes de casarse, hace ahora 7 años. Se le explica la conveniencia de hacerse unos análisis de sangre y determinar HIV pero se niega porque no quiere saber si es seropositivo. ¿Cual sería el primer paso que seguirías en tu actuación?

1. Sólo le hablaría sobre la enfermedad y contagio, para que comprenda el riesgo que puede hacer correr a su mujer.
 2. Le insistiría todo lo posible para que acceda a hacerse las pruebas y/o advierta a su mujer del riesgo.
 3. Le propondría una cita con los dos para poder resolver sus temores y dudas y que cuenten con mi apoyo.
 4. Le pediría que me dejara informar a su mujer.
 5. Informaría a su mujer del posible riesgo sin pedirle su consentimiento.
 6. Consultaría a un médico experto en temas éticos o a un comité de ética.
 7. Otra (escribe tu respuesta)
-

(V19) Un hombre de 47 años acude a la consulta por presentar cefaleas intensas y periodos que describe como de cierta obnubilación y amnesia. Está haciendo un horario de trabajo más intenso, toma estimulantes en grandes dosis y bebe alcohol para poder resistir este ritmo. No sabe qué hacer porque no puede disminuir su jornada laboral, ni dejar de tomar estimulantes y alcohol, debido a que tiene muchos problemas familiares y económicos. Le preguntas qué trabajo tiene y te dice que es piloto de una compañía de pasajeros. ¿Cuál sería el primer paso que seguirías en tu actuación?

1. Sólo lo remitiría a un centro de rehabilitación.
 2. Le daría la baja y le insistiría todo lo posible para que deje de tomar estimulantes y beber.
 3. Informaría al médico de empresa sin pedirle su consentimiento.
 4. Informaría a la empresa sin pedirle su consentimiento.
 5. Consultaría a otro médico experto en temas éticos o a un comité de ética.
 6. Otra (escribe tu respuesta).....
-

(V20) 3. Una chica de 18 años acude a la consulta por encontrarse con mareos y vómitos desde hace unas semanas. Teme estar embarazada y de ser así, querría abortar para que sus padres no se enteren. Piensa que ellos no aceptarían su situación, aunque no está segura. Te dice que esté angustiada y no sabe qué hacer. Si se confirma el embarazo ¿cuál sería el primer paso que seguirías en tu actuación?

1. Sólo hablaría con ella sobre el aborto.
 2. Pondría todos los medios para convencerla de que hable con sus padres.
 3. Le propondría una cita con ella y sus padres, para apoyarles y ayudarles en lo que necesiten.
 4. Informaría a sus padres sin pedirle su consentimiento.
 5. Informaría a la trabajadora social.
 6. Consultaría a otro médico experto en temas éticos o a un comité de ética.
 7. Otra (escribe tu respuesta).....
-

(V21) 4. Acude a la consulta un chico de 15 años con su madre. Ella te comenta que están preocupados por su hijo porque en el último año ha adelgazado, ha bajado el rendimiento escolar y perdido el interés por todo. Además tiene un comportamiento difícil en su casa y se pelea con sus hermanos. En espera del resultado de las pruebas que le has pedido, aparece en la consulta el chico solo y te cuenta que siempre que puede se va con un grupo de amigos que pasan el rato bebiendo cerveza y snifando, sabe que alguno de ellos en ocasiones se pincha, pero él no ha llegado a hacerlo nunca. A los pocos días vuelve su madre a la consulta y te dice que hablando con su marido han comentado que quizá sería bueno para su hijo que se le ingresara en un hospital y le hicieran un reconocimiento más a fondo porque creen que puede tener algo serio. Ante este comentario, supones que la madre no sabe nada de lo que te ha contado su hijo. ¿Cuál sería el primer paso que seguirías en tu actuación?

1. Sólo remitiría el chico al psicólogo.
 2. Intentaría por todos los medios convencerle para que hable con sus padres.
 3. Le propondría una cita con sus padres para que cuenten con mi apoyo.
 4. Informaría a sus padres sin pedirle su consentimiento.
 5. Informaría a la trabajadora social.
 6. Consultaría con otro médico experto en temas éticos o con un comité de ética.
 7. Otra (escribe tu respuesta).....
-

(V22) 5. Te llama un médico inspector porque piensa que una paciente tuya, que como consecuencia de un accidente hace un año tuvo un vértigo postraumático, está ya bien y puede ser dada de alta e incorporarse al trabajo. Quiere saber tu opinión. Tú estás de acuerdo con él, pero sabes que tu paciente no. ¿Cuál sería el primer paso que seguirías en tu actuación?

1. Nunca le daría esta información.
2. Daría esta información después de obtener el consentimiento verbal o escrito de la paciente.
3. Hablaría previamente con la paciente sobre mi opinión y con o sin su consentimiento, informaría al médico inspector.
4. Daría esta información sin pedirle su consentimiento si considero que es lo mejor para la paciente.
5. Daría esta información sin pedirle su consentimiento.

6. Otra (escribe tu respuesta).....
.....

(V23) 6. Acude un paciente a la consulta y en la espera del resultado de las pruebas que le has pedido porque sospechas una enfermedad grave, te llama su hijo y te pide que si su padre tiene algo malo, no se lo digas al paciente pero sí a la familia. Si se confirma tu sospecha ¿cuál sería el primer paso que seguirías en tu actuación?

1. Nunca daría esta información a la familia saltándome al paciente.
2. Informaría al paciente cuando traiga los resultados de las pruebas, sólo si éste me pregunta.
3. Esperaría a que el paciente se diera cuenta por la evolución de la enfermedad y me preguntase qué pasa.
4. No haría caso y de forma progresiva iría diciendo al paciente lo que tiene.
5. Sólo se lo diría al hijo y le haría ver la conveniencia de que se lo dijera a su padre.
6. Sólo se lo diría al hijo y dejaría que él decidiera sobre la conveniencia de informar a su padre.
7. Otra (escribe tu respuesta).....
.....

(V24) 7. Uno de tus pacientes, drogadicto, ha asaltado y herido a una persona. La policía te pregunta si se droga, bebe o tiene alteraciones psíquicas que justifiquen su agresividad. ¿Cuál sería el primer paso que seguirías en tu actuación?

1. Nunca les daría esta información.
2. Hablaría antes con el paciente y le pediría su consentimiento verbal o escrito.
3. Hablaría antes con el paciente y le diría que la policía me ha pedido información y que se la voy a dar.
4. Daría esta información sin pedirle su consentimiento si considero que es lo mejor para el paciente.
5. Daría esta información sin pedirle su consentimiento
6. Otra (escribe tu respuesta).....
.....

(V25) 8. Un paciente tuyo, trabajador de una empresa, está de baja y se le está haciendo el estudio correspondiente. Te llaman del departamento de recursos humanos de la empresa para pedirte que les informes de los resultados. ¿Cuál sería el primer paso que seguirías en tu actuación?

1. Nunca le daría esta información.
2. Sólo se la daría al servicio médico de la empresa y en caso de que no lo tuviera informaría al trabajador.
3. Comentaría los resultados con el trabajador y le pediría su consentimiento verbal o escrito para enviarlos a la empresa.
4. Comentaría los resultados con el trabajador y le informaría que voy a enviarlos al departamento de recursos humanos de la empresa.

5. Comentaría los resultados al trabajador y los enviaría al departamento de recursos humanos de la empresa sin pedirle su consentimiento.
 6. Enviaría el informe al departamento de recursos humanos de la empresa sin pedirle su consentimiento.
 7. Otra (escribe tu respuesta)
-

(V26) 9. De un organismo oficial te envían los candidatos a un concurso público de empleo para que les hagas el reconocimiento y digas si son aptos o no para el puesto de trabajo que solicitan. ¿Cual sería el primer paso que seguirías en tu actuación?.

1. Nunca daría esta información. Pediría que me dieran un baremo a tener en cuenta en el reconocimiento y diría sólo si se ajustan o no al baremo porque considero que sólo debo informar de resultados médicos.
 2. Sólo daría los resultados al candidato para que los presente él en el sitio que corresponda.
 3. Comentaría los resultados al candidato y le pediría su consentimiento verbal o escrito para enviar esa información.
 4. Comentaría los resultados al candidato y le comunicaría que tengo que enviar esa información al organismo oficial.
 5. Comentaría los resultados con el candidato y sin pedirle su consentimiento informaría al organismo oficial.
 6. Enviaría esa información al organismo oficial sin pedirle su consentimiento.
 7. Otra (escribe tu respuesta).....
-

(V27) 10. Una mujer de 35 años acude a la consulta porque últimamente no se encuentra bien. Te comenta que está pasando una mala temporada, discute mucho con su marido e incluso han llegado a hablar de divorcio. Después del estudio correspondiente se le diagnostica una leucemia. Tú le comentas el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad. Al cabo de unos días va su marido a la consulta. Te dice que encuentra a su mujer preocupada, sabe que ha estado en la consulta y quiere saber qué le pasa. Ante la pregunta tú supones que ella no le ha informado de su enfermedad. ¿Cuál sería el primer paso que seguirías en tu actuación?.

1. Nunca le daría esta información.
 2. Hablaría con la paciente para que se lo diga ella a su marido.
 3. Pediría el consentimiento verbal o escrito de la paciente para decírselo yo si ella no quiere hacerlo personalmente.
 4. Les citaría a los dos juntos para hablar de lo que le pasa a su mujer.
 5. Le daría la información al marido sin pedirle el consentimiento a la paciente si creo que es lo mejor para ella.
 6. Le daría la información al marido sin pedirle su consentimiento.
 7. Otra (escribe tu respuesta).....
-

ANEXO II

1. Un hombre de 32 años acude a la consulta por tener molestias al tragar. En la exploración se observa una candidiasis orofaríngea y se le pregunta si alguna vez se ha drogado. Manifiesta haberse pinchado durante unos años, aunque lo dejó antes de casarse hace ahora siete años. Se le explica la conveniencia de hacerse unos análisis de sangre y determinar VIH. Se niega y dice que no quiere saber si tiene Sida o no. Aunque se le hace ver la necesidad de esto para tratarle convenientemente y de hacerle ver el riesgo que corre su mujer, insiste en negarse. ¿Cómo actuarías?

1. Nunca divulgaría esta información.
2. Insistirle más para que acceda.
3. Divulgaría esta información a su mujer después de obtener el consentimiento verbal del paciente.
4. Divulgaría esta información a su mujer después de obtener el consentimiento por escrito del paciente.
5. Divulgaría esta información a su mujer sin su consentimiento si considero que es lo mejor para él.
6. Divulgaría esta información a su mujer sin su consentimiento.
7. Otra.
8. No sé

2. Te llama un médico inspector porque piensa que una paciente tuya, que como consecuencia de un accidente hace un año tuvo un vértigo postraumático, está ya bien y puede ser dada de alta e incorporarse al trabajo, y quiere saber tu opinión. Tu estás de acuerdo con él, pero sabes que tu paciente no. ¿Cómo actuarías?

1. Nunca divulgaría esta información.
2. Divulgaría esta información después de obtener el consentimiento verbal del paciente.
3. Divulgaría esta información después de obtener el consentimiento por escrito del paciente.
4. Divulgaría esta información sin su consentimiento si considero que es lo mejor para el paciente.
5. Divulgaría esta información sin su consentimiento.
6. Otra.
7. No sé.

3. Un piloto acude a la consulta por cefaleas intensas y periodos que define de cierta obnubilación y amnesia. Está haciendo un horario de trabajo más intenso y toma estimulantes, snifa y bebe alcohol, para poder resistir ese ritmo. Además dice no poder dejar el horario, ni cambiar de trabajo, ni tampoco dejar de snifar y beber. Tiene muchos problemas familiares y económicos y te pide que no informes a nadie de su situación. ¿Cómo actuarías?

1. Nunca divulgaría esta información.

2. Divulgaría esta información después de obtener el consentimiento verbal del paciente.
 3. Divulgaría esta información después de obtener el consentimiento por escrito del paciente.
 4. Divulgaría esta información sin consentimiento si considero que es lo mejor para el paciente.
 5. Divulgaría esta información sin su consentimiento.
 6. Otra.
 7. No sé.
4. Acude un paciente a la consulta y en la espera del resultado de las pruebas que le has pedido porque sospechas una enfermedad grave, te llama su hijo y te pide que si su padre tiene algo malo, no se lo digas. Si se confirma tu sospecha ¿cómo actuarías?
1. Nunca divulgaría esta información.
 2. Se lo diría al hijo y le haría ver la conveniencia de que se lo dijera a su padre.
 3. Se lo diría al hijo y dejara que él decidiera sobre la conveniencia de informar a su padre.
 4. Esperaría a que el paciente se diera cuenta por la evolución de la enfermedad y me preguntase qué pasa.
 5. No hacer caso y de forma progresiva ir diciendo al paciente lo que tiene.
 6. Otra.
 7. No sé.
5. Una chica de 16 años acude a la consulta por encontrarse con mareos y vómitos desde hace unas semanas, teme estar embarazada y querría abortar de ser así para que sus padres no se enteren. Por los datos que tienes sabes que su familia es contraria al aborto y la ayudarían, ¿cómo actuarías?
1. No divulgaría esta información.
 2. Divulgaría información después de obtener el consentimiento verbal de la paciente.
 3. Divulgaría información después de obtener el consentimiento por escrito de la paciente.
 4. Divulgaría información sin su consentimiento si considero que es lo mejor para la paciente.
 5. Divulgaría información sin su consentimiento.
 6. Otra.
 7. No sé.
6. Uno de tus pacientes ha asaltado y herido a una persona. La policía te pregunta si sabes si se droga, bebe o tiene alteraciones psíquicas que justifiquen su agresividad. ¿Cómo actuarías?
1. Nunca divulgaría esta información.

2. Divulgaría esta información después de obtener el consentimiento verbal del paciente.
 3. Divulgaría esta información después de obtener el consentimiento por escrito del paciente.
 4. Divulgaría esta información sin su consentimiento si considero que es lo mejor para el paciente.
 5. Divulgaría esta información sin su consentimiento.
 6. Otra.
 7. No sé.
7. Acude a la consulta una chica que dice encontrarse mal últimamente. Se le diagnostica una leucemia. Ella te pide que no se lo digas a nadie, tampoco a su novio porque teme que si sabe la verdad la deje. En la siguiente revisión acude con su novio que te pregunta que le pasa a su novia. ¿Cómo actuarías?
1. Nunca divulgaría esta información.
 2. Divulgaría esta información después de obtener el consentimiento verbal de la paciente.
 3. Divulgaría esta información después de obtener el consentimiento por escrito de la paciente.
 4. Divulgaría información sin su consentimiento si considero que es lo mejor para la paciente.
 5. Divulgaría información sin su consentimiento.
 6. Les citaría a los dos juntos para hablar de la enfermedad.
 7. Otra.
 8. No sé.
8. Para acceder a un puesto de trabajo, te envían del departamento de selección de personal de una empresa a los candidatos, a los que hay que realizar pruebas de VIH sin que lo sepan los interesados y sin informarles posteriormente si alguno es positivo. Tienes que elaborar un informe con los resultados, según los cuales, serán o no admitidos en el puesto de trabajo. ¿Cómo actuarías?
1. Nunca divulgaría esta información.
 2. Divulgaría esta información después de obtener el consentimiento verbal del paciente.
 3. Divulgaría esta información después de obtener el consentimiento por escrito del paciente.
 4. Divulgaría información sin su consentimiento si considero que es beneficioso para el paciente.
 5. Divulgaría información sin su consentimiento.
 6. Otra.
 7. No sé.
9. Una compañía de seguros nos envía a un paciente para que comprobemos y valoremos una hipoacusia inducida por ruido en su puesto de trabajo. En las pruebas que aporta el paciente de una exploración anterior aparece una

hipoacusia severa. En la conversación con el paciente, manifiesta estar harto de su situación laboral y familiar y ve como solución conseguir una indemnización que le permita alejarse del puesto de trabajo y arreglar su situación familiar. Realizado el estudio aparece una hipoacusia leve sin gran significación. ¿Cómo actuarías?

1. Nunca divulgaría esta información.
2. Divulgaría información después de obtener el consentimiento verbal del paciente.
3. Divulgaría información después de obtener el consentimiento por escrito del paciente.
4. Divulgaría información sin su consentimiento si considero que es lo mejor para el paciente.
5. Divulgaría información sin su consentimiento.
6. Otra.
7. No sé.

ANEXO III

Cuestionario sobre secreto médico

1. Entre los principios o valores que fundamentan tu actividad médica, puntúa de 1-10 qué valor das a la confidencialidad.

2. ¿Te parece difícil guardarla?

-sí -¿por qué?

-no

3. ¿Cuáles son las dificultades?

-Con la institución sanitaria: sistema de archivo de historias clínicas, la propia historia clínica (por ejemplo, que agrupa la historia de los diferentes miembros de la familia, etc), por la forma en que solicitan información del paciente (partes de baja, solicitud de consulta por otro especialista, etc.).

-Con el personal sanitario:

- otros médicos
- enfermeras
- celadores
- auxiliares administrativos
- trabajadores sociales
- personal de la limpieza
- unidades de apoyo

-Con la familia del paciente:-esposa/marido

- hijos
- hermanos
- otros familiares

-Con otras instituciones:

- médicos inspectores
- médicos de empresa
- compañías de seguros
- empresas
- organismos oficiales
- policía
- otros.....(escribe cuáles son)

Puntúa estas dificultades de 1-10, según sean para ti, 1º) más importantes, 2º) más frecuentes.

4. ¿En que campo o con qué tipo de pacientes tienes más dificultad para guardar la confidencialidad?

- asuntos relacionados con la vida (aborto, eutanasia)
- sida
- otras enfermedades infecciosas
- enfermedades de transmisión sexual

- cáncer
- enfermedades psíquicas
- asuntos laborales
- reconocimientos médicos de empresas
- reconocimientos previos para la admisión a un puesto de trabajo
- otros...(escribe cuáles son)

Puntúalos según la frecuencia con que te surjan en la consulta, empezando por los más frecuentes.

5. ¿Comentas con la enfermera datos que te ha dado el paciente que, a tu juicio, no tengan que ver con su estado de salud?

- sí -¿por qué?
- no

6. ¿Los comentas con otros médicos que pudieran identificar al paciente y muy probablemente no tengan que verle en su consulta?

- sí - ¿por qué?
- no

7. ¿Los comentas con el personal no médico que trabaja en el centro de atención primaria o de tu consulta privada, que pudieran identificar al paciente?

- sí -¿ por qué?
- no
- señala con quién si es alguien en particular y por qué

8. ¿Comentas con la enfermera datos que por su naturaleza son más reservados (p.ej. homosexualidad, hábitos sexuales, herencia, etc.) aunque tengan que ver con la salud del paciente en ese momento?

- sí -¿por qué?
- no

9. ¿Los comentas con otros médicos que pudieran identificar al paciente y muy probablemente no tengan que verle en su consulta?

- sí -¿por qué?
- no

10. ¿Los comentas con el personal no médico que trabaja en el centro de atención primaria o de tu consulta privada, que pudieran identificar al paciente?

- sí -¿por qué?
- no
- señala con quién si es alguien en particular y por qué

11. Si te consta que el personal del centro de atención primaria o de tu consulta privada conocen la patología o datos más personales del paciente, ¿lo comentas

con ellos?

- sí -¿con quién? -¿por qué?
- no

12. ¿Y si fuera un médico que muy probablemente no tenga que verle en su consulta?

- sí -¿por qué?
- no

13. Si alguien del personal del centro de atención primaria o de tu consulta privada te hace un comentario sobre la patología del paciente o datos más personales ¿le sigues en la conversación, contestando si es así o no?

- sí -¿por qué?
- no

14. En caso afirmativo ¿lo haces con cualquiera de los miembros del personal del centro de atención primaria o de tu consulta privada o, sólo con algunos?

- con cualquiera -¿por qué?
- sólo con algunos (señala quién/es) -¿por qué?

15. ¿Dónde hablas de tus pacientes con otros médicos?

- en la sesión clínica que se tiene en un lugar cerrado
- en la sesión clínica que se tiene en un lugar abierto dónde puede entrar cualquiera.
- en un pasillo/en el ascensor / o en cualquier sitio público, si me encuentro al médico que me interesa o me surge la necesidad de comentar.
- tomando café en un lugar donde hay o puede entrar personal no médico
- en el despacho

16. Señala las razones por las que lo haces así

17. Si te llaman por teléfono solicitando información de un paciente ¿la das?

- sí, si es un médico, aunque yo no lo conozca
- sí, si es un familiar próximo (esposa / marido/ hijos/ hermanos)
- sí, sea quien sea el que me llame, si de alguna forma tiene interés por el enfermo
- no, nunca doy información por teléfono
- otra...(señala tu respuesta)

18. ¿Qué sistema de archivo de historias clínicas empleas?

- informatizado
- no informatizado

19. ¿Quiénes tienen acceso a la historia clínica del paciente, en el centro de atención primaria o en tu consulta privada?

- sólo los médicos
- todo el personal sanitario (enfermeras, celadores, etc)
- el personal no sanitario (administrativos, etc.)
- cualquiera

20. ¿Te parece necesario que haya alguien encargado de controlar el acceso a las historias clínicas?

- sí
- no -¿por qué?

21. Si te parece necesario, ¿crees que ese alguien debería ser un médico?

- sí
- no -¿por qué?

22. ¿Hay alguien encargado (o algún médico) del control del acceso a la historia clínica en tu lugar de trabajo?

- sí
- no -¿por qué?

23. ¿Utilizas alguna clave en la historia para que sólo tu puedas tener acceso a la información del paciente?

- sí
- no -¿por qué?

24. ¿Utilizas alguna clave para preservar datos que consideres especialmente importantes del paciente, de forma que sólo tu tengas acceso a ellos?

- sí
- no -¿por qué?

25. Si utilizas alguna clave, ¿cuántas personas disponen de esa clave?

26. ¿Quiénes son esas personas?

- otros médicos
- enfermeras
- celadores
- auxiliares administrativos
- otros (señala quién/es)

27. En las publicaciones que haces o al presentar datos clínicos de pacientes,

¿los expones o presentas de tal forma que no se identifique al paciente (p.ej quitando su nombre)?

-sí
-no -¿por qué?

28. Cuando en una sesión clínica en la que participan médicos u otro personal sanitario, no directamente implicado en la atención del paciente, o en una comunicación, ponencia, etc., tienes que proyectar diapositivas o transparencias con datos clínicos, ¿quitas el nombre del paciente para que no se le identifique?

-sí
-no -¿por qué?

29. ¿Cuando se contrata al personal (excluyendo médicos y enfermeras) se le explica o se le hace caer en la cuenta de alguna forma, que tienen que guardar la confidencialidad?

-sí
-no -¿por qué?

30. ¿Te parece que sería conveniente hacerlo?

-sí
-no -¿por qué?

31. ¿Piensas que sería necesario dar formación sobre este tema a todos los que trabajan en el centro de atención primaria (incluidos médicos y enfermeras) o en tu consulta privada, para que comprendan la importancia de la confidencialidad y aprendan a guardarla?

-sí
-no -¿por qué?

32. Si lo ves necesario, ¿puedes dar sugerencias de cómo lo harías?

33. Haz las sugerencias que te parezcan oportunas sobre confidencialidad y que puedan no estar recogidas en el cuestionario.

34. Da las soluciones que consideres oportunas a los problemas que plantea la confidencialidad.

ANEXO IV

A LA ATENCIÓN DEL DIRECTOR MÉDICO O GERENTE DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL ÁREA

Teresa Heitzmann Hernández, médico, colegiado nº 28634, residente en Madrid. Lugar de trabajo: Hospital Ruber Internacional. Unidad ORL. c/ La Masó 38. 28034. Madrid.

Expone:

Estoy realizando mi **tesis doctoral** sobre secreto médico en medicina de familia.

Objetivo del estudio: comprobar cómo tratan y valoran el secreto médico los médicos de familia en su ejercicio profesional.

Población a la que va dirigido el estudio: médicos de familia de las 11 áreas de salud de la Comunidad de Madrid.

Material : se pasarán dos encuestas, una con casos clínicos y otra con preguntas sobre el secreto médico. Se solicitan, también, unos datos sociodemográficos. Todo ello se hará garantizando el anonimato.

Método: Una vez conocido el número de médicos de familia y generales de la Comunidad de Madrid, se diseñará la muestra estadística a la que se hará llegar las encuestas. Se hará un estudio descriptivo e inferencial, utilizando el paquete de programas estadísticos SPSS para análisis de datos.

Director de la tesis: Dr. Diego Gracia Guillén. Catedrático de Historia de la Medicina y Jefe del departamento de Historia de la Ciencia-Salud Pública. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Solicito:

1. Autorización para realizar el trabajo de investigación en ese área.
2. Número total de médicos de familia del área (si es posible, saber por separado médicos de cupo y de equipo).
3. Número de centros de atención primaria del área y número de médicos de familia que hay en cada centro.
4. Dirección y teléfonos de los centros de atención primaria.
5. Extensión del área: poblaciones de la Comunidad de Madrid que comprende.

ANEXO V

1 1 3 2 1 2 1 6 45 4 2 2 2 2 2 3 3 3 3 2 2 2 4 3 1 2 3 4 2
 2 1 5 6 1 2 1 3 1 49 3 2 2 1 2 1 2 2 2 -1 2 1 5 2 2 6 2 7 2 2
 3 1 4 2 2 1 1 14 45 4 3 1 2 2 2 1 3 3 2 1 2 7 3 3 2 1 1 7 1
 4 1 3 8 1 1 1 8 40 2 2 2 2 3 1 2 2 3 2 2 2 1 3 4 5 6 1 1 2
 5 1 3 6 2 1 1 10 50 4 2 1 2 2 1 2 3 4 2 2 5 1 4 3 1 2 1 1 3
 6 1 3 6 2 2 1 -1 -1 4 2 2 2 2 2 2 3 3 2 2 5 2 2 3 3 3 7 4 2
 7 1 3 6 2 1 1 4 45 4 2 3 2 3 2 2 3 4 -1 2 2 2 3 3 3 2 7 2 3
 8 2 4 2 2 2 1 18 30 3 2 2 3 3 2 2 2 3 1 1 2 1 2 5 3 2 3 4 2
 9 2 4 7 2 2 1 16 40 3 2 1 2 2 2 -1 1 4 3 -1 2 -1 -1 3 5 3 3 2 -1
 10 2 4 8 1 2 1 20 30 3 2 2 2 2 1 2 3 3 3 4 5 2 2 3 2 3 1 2 2
 11 2 3 0 1 2 1 6 15 3 2 2 1 2 1 2 2 4 3 2 5 2 2 3 4 2 4 1 2
 12 2 3 7 2 2 1 9 25 4 2 2 2 3 2 3 3 3 2 2 2 1 2 3 6 1 2 1 2
 13 2 3 4 1 1 1 4 30 3 2 2 2 3 2 3 1 4 -1 -1 2 1 3 3 3 4 4 4 2
 14 2 3 3 1 1 1 5 24 4 2 2 2 1 1 3 2 4 2 1 2 2 2 2 5 2 3 1 2
 15 2 3 8 2 2 1 14 30 3 1 2 2 2 1 2 1 3 1 1 2 1 1 4 2 3 1 1 2
 16 2 6 7 1 2 1 30 30 4 2 2 1 2 1 3 3 4 3 2 2 -1 3 3 4 2 1 4 3
 17 2 4 0 1 2 1 15 30 4 2 2 3 2 1 2 3 4 1 7 2 7 2 3 7 2 3 4 -1
 18 2 5 9 1 2 2 36 100 4 2 3 1 1 1 2 3 4 1 7 2 3 -1 2 -1 6 -1 4 2
 19 2 3 8 2 2 1 16 35 4 2 1 3 2 1 1 1 4 2 2 2 7 7 3 7 6 7 2 4
 20 2 3 7 1 2 1 10 40 4 3 1 1 2 2 2 1 2 4 1 6 6 2 3 6 1 3 3 2
 21 2 6 0 1 2 1 30 25 4 2 2 2 2 2 2 3 2 2 2 5 2 1 3 5 2 3 4 2
 22 2 4 9 1 2 1 24 22 4 3 1 1 1 1 1 4 4 1 3 2 3 4 3 7 1 1 1 2
 23 2 5 2 2 2 1 22 30 4 2 2 1 2 2 1 4 1 1 3 -1 -1 3 3 6 4 3 1 3
 24 2 3 7 1 2 1 13 35 3 2 2 1 3 1 1 3 4 1 -1 2 7 4 3 4 6 3 1 3
 25 2 2 8 2 1 1 5M 50 4 3 2 1 2 1 2 2 4 2 2 2 2 2 4 -1 4 1 1 2
 26 2 4 8 2 2 1 25 35 4 2 2 2 4 2 3 3 3 3 2 2 2 2 3 7 4 7 2 7
 27 2 4 1 1 1 1 13 20 3 2 2 2 3 2 -1 3 3 -1 2 2 1 4 4 7 4 3 5 3
 28 2 4 8 2 2 1 26 25 4 2 1 2 2 1 1 2 4 2 1 2 2 2 -1 2 2 3 1 2
 29 2 4 7 1 1 1 17 22 4 2 2 1 2 2 2 3 4 2 7 6 -1 3 3 -1 3 3 1 3
 30 2 4 6 1 2 1 17 26 4 3 1 2 1 2 1 4 4 1 1 2 3 4 3 4 3 1 3 3
 31 2 4 9 2 2 1 16 23 4 3 2 1 1 2 1 2 2 1 2 5 3 3 3 5 5 6 1 3
 32 2 3 7 1 1 1 10 40 4 1 1 1 2 1 3 3 4 2 3 6 2 3 3 2 4 4 4 4

33 2 35 1 1 1 7 30 4 2 2 1 2 1 2 3 4 3 2 2 3 3 3 2 2 3 2 2
34 2 32 1 1 1 3 50 3 2 2 1 2 1 2 2 4 2 3 2 3 3 3 3 2 3 3 3
35 2 51 1 1 2 20 80 3 1 1 -1 -1 1 3 4 4 2 7 3 3 3 3 -1 4 2 4 2
36 2 37 1 2 2 10 30 4 2 2 2 1 1 2 3 4 2 8 2 1 2 5 2 1 2 1 2
37 2 57 1 2 1 16 30 4 2 2 2 1 1 3 3 4 3 2 1 1 3 3 4 2 3 2 2
38 2 36 1 1 1 6 50 4 2 2 2 -1 2 2 3 4 1 2 3 2 7 5 5 5 -1 2 2
39 2 37 2 2 1 8 50 3 2 2 1 1 1 2 3 4 3 2 2 1 2 2 5 2 3 2 3
40 2 55 1 2 1 29 30 4 2 1 1 1 1 1 3 4 1 2 2 2 2 2 6 2 3 2 2
41 2 31 1 1 1 3 60 3 2 1 1 1 1 3 2 4 -1 -1 -1 -1 -1 3 5 3 3 2 3
42 2 39 2 1 1 11 40 4 2 1 2 2 2 1 3 4 1 2 2 2 2 5 3 4 3 3 2
43 2 56 1 2 1 30 40 1 2 4 2 2 2 1 2 4 1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1
44 1 36 1 2 1 11 35 4 2 2 1 2 2 2 2 3 2 2 2 2 2 5 2 1 2 3
45 1 37 2 1 1 9 40 4 2 2 2 2 2 2 3 4 1 2 2 5 3 4 5 6 1 2 2
46 1 53 2 2 1 26 60 3 2 1 1 2 2 2 4 1 2 1 5 2 3 3 6 4 3 1 2
47 1 38 2 1 1 10 40 4 2 2 1 2 2 1 2 4 2 2 2 2 2 3 2 2 2 2 2
48 1 30 2 1 1 1 24 4 2 2 2 2 2 2 3 4 3 2 2 2 2 3 2 2 2 1 3
49 1 38 1 1 1 9 60 4 2 1 1 1 2 2 4 4 1 2 2 2 2 3 2 6 1 1 3
50 1 37 2 1 1 9 59 4 2 1 1 1 2 2 4 4 1 2 2 2 5 3 2 6 1 1 3
51 1 32 2 1 1 3 30 3 2 2 2 2 1 2 2 4 2 1 2 7 2 3 5 3 3 1 2
52 1 28 2 1 1 2 45 4 2 2 2 2 2 1 4 4 2 2 2 1 4 3 6 3 3 1 2
53 1 36 1 1 1 7 30 4 3 2 2 2 2 2 1 4 2 2 2 1 4 3 3 5 2 4 3
54 1 31 1 1 1 3 50 4 2 1 1 2 2 3 3 4 2 2 3 1 3 3 3 2 3 1 2
55 1 35 1 1 1 5 44 4 2 1 2 2 2 2 2 1 3 6 3 3 6 -1 -1 1 4 4
56 1 37 2 1 1 10 35 4 3 2 1 2 2 2 3 3 3 2 6 3 3 4 6 4 3 4 4
57 1 44 1 2 1 18 45 4 2 1 1 1 1 3 3 3 -1 3 2 3 3 3 5 4 2 2 4
58 1 34 1 2 1 7 45 4 2 2 1 2 2 2 3 4 3 2 2 2 4 3 2 6 3 1 3
59 2 63 1 2 1 34 27 4 2 2 1 1 2 2 4 4 4 3 1 3 3 3 7 3 3 1 2
60 2 -1 1 2 1 18 30 3 2 1 1 2 2 2 3 4 -1 2 5 2 2 2 3 3 3 4 3
61 2 53 1 2 2 27 30 4 2 1 1 1 1 2 3 4 3 2 2 1 7 -1 3 6 3 1 1
62 2 40 2 2 2 8 40 4 2 1 2 2 2 3 3 4 3 1 2 2 3 3 6 2 3 1 3
63 2 40 1 2 2 8 20 4 2 1 1 2 2 3 3 4 4 7 6 7 7 6 7 6 2 1 7
64 2 45 1 2 1 21 40 3 2 1 1 1 2 3 2 4 3 1 2 1 1 3 1 6 1 1 1
65 2 -1 1 2 1 27 30 4 3 1 1 2 2 1 3 4 4 -1 2 -1 2 3 2 3 4 2 -1
66 2 35 2 2 1 4 30 4 2 1 2 2 1 3 4 4 4 1 6 3 3 3 6 3 4 4 4

67 2 -1 2 2 1 12 50 3 2 2 2 1 2 2 4 3 -1 -1 2 3 -1 3 -1 3 -1 4 -1
68 2 40 1 1 1 15 40 3 2 2 3 3 2 1 3 4 2 1 2 1 1 3 6 5 1 2 2
69 2 43 1 1 1 15 45 2 2 2 2 2 2 1 2 4 -1 3 2 1 1 5 7 6 1 7 7
70 2 36 1 2 2 11 50 3 3 2 2 2 1 2 2 3 2 2 2 2 4 5 6 5 4 6 1
71 2 64 1 2 2 38 55 4 3 2 2 3 2 2 3 4 3 1 2 3 -1 -1 -1 4 -1 4 4
72 2 34 1 2 1 7 45 4 3 1 1 2 1 3 2 4 1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1
73 2 41 1 1 1 12 40 4 2 2 1 1 1 2 1 4 1 2 6 2 2 1 1 4 1 2 1
74 2 35 2 1 1 6 40 4 2 1 1 1 1 2 2 4 -1 2 2 3 3 3 1 2 3 4 2
75 2 35 2 1 1 4 40 4 2 2 2 2 1 3 3 4 1 2 -1 2 -1 5 -1 3 2 1 -1
76 2 29 2 1 1 6M 40 4 2 2 2 2 1 2 3 4 2 2 2 2 3 3 5 3 4 4 2
77 2 39 1 1 1 12 45 4 3 1 1 2 1 1 3 4 2 -1 6 7 -1 5 1 3 3 4 3
78 2 41 1 2 2 11 40 4 1 2 1 2 1 2 3 4 2 3 2 3 3 -1 7 6 7 1 2
79 2 35 1 1 1 8 40 4 2 1 2 2 1 2 3 4 2 2 2 1 3 5 2 6 1 1 3
80 2 30 1 1 1 2 40 3 1 1 1 1 2 3 3 4 2 2 2 2 3 5 -1 5 1 1 2
81 2 43 1 1 1 10 40 4 2 2 2 2 2 1 3 4 1 2 2 2 2 3 1 2 3 3 3
82 2 45 2 1 1 15 40 2 2 3 3 3 2 3 3 3 1 2 2 3 -1 -1 -1 5 4 2 2
83 2 38 2 -1 1 8 35 4 2 1 1 1 2 3 1 4 2 3 6 7 3 3 5 3 1 1 2
84 2 47 1 -1 1 27 35 3 2 2 1 2 1 1 3 4 2 -1 6 7 2 3 5 -1 1 1 2
85 2 37 2 1 1 11 35 4 2 1 1 -1 2 3 3 4 -1 2 2 -1 -1 5 7 -1 2 2 2
86 2 37 2 2 1 7 35 4 2 1 3 2 2 3 2 3 -1 3 6 7 3 6 7 6 3 -1 7
87 2 52 1 -1 2 -1 -1 4 1 1 1 1 1 4 3 4 4 2 1 2 2 3 5 2 3 4 2
88 2 29 2 1 1 2 40 4 2 1 2 2 1 3 2 4 -1 1 1 2 3 3 2 2 3 2 3
89 2 -1 1 2 1 20 35 4 2 1 1 1 2 1 3 -1 -1 3 3 1 3 -1 4 5 4 1 3
90 2 38 2 1 1 5 35 2 2 2 2 -1 2 2 3 4 2 7 2 7 2 -1 7 6 1 2 7
91 2 33 2 1 1 5 40 3 2 2 2 2 1 2 3 4 2 2 2 1 3 3 6 2 3 1 3
92 2 30 2 1 1 2 40 3 2 2 2 2 3 2 3 2 2 2 1 2 4 2 4 3 1 2
93 2 35 2 1 1 7 35 3 2 2 2 1 1 2 2 4 3 3 2 -1 2 3 -1 4 4 3 3
94 2 -1 1 2 1 26 45 4 2 1 1 1 1 1 3 3 1 1 6 7 1 -1 7 2 1 1 3
95 2 29 2 2 1 6 60 4 2 2 1 2 1 2 3 4 1 1 2 2 2 2 1 1 1 3 2
96 2 29 2 1 1 1 40 3 2 3 2 2 1 3 2 4 1 2 2 3 2 3 5 2 2 1 2
97 2 33 2 1 1 5 45 4 2 2 2 3 2 3 3 4 1 2 2 3 3 3 7 -1 -1 -1 -1
98 2 32 1 1 1 1 50 3 2 2 2 2 1 3 4 4 2 2 5 1 -1 4 2 4 4 4 2
99 2 33 2 1 1 1 62 4 2 2 2 2 2 2 3 2 2 2 2 3 2 3 2 2 2 1 2

100 1 58 1 2 1 31 65 4 3 1 2 2 1 1 2 4 2 2 2 2 4 6 6 6 3 2 4
101 1 39 2 2 1 13 60 4 2 2 2 2 2 3 3 4 4 2 2 3 3 3 5 2 3 2 4
102 1 36 2 1 1 7 50 3 2 2 2 2 2 3 2 4 2 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1
103 1 60 1 2 1 32 70 4 1 1 1 1 1 4 3 4 4 2 2 2 2 2 1 1 1 2 2
104 1 38 1 2 1 13 30 4 1 2 1 2 1 4 2 4 4 2 5 1 3 5 5 -1 1 2 -1
105 2 35 2 2 1 8 50 4 2 2 1 2 1 2 2 3 -1 2 2 1 2 3 5 -1 3 2 2
106 2 -1 2 2 1 8 65 4 2 1 2 2 2 2 3 4 4 2 2 2 2 3 7 6 7 -1 2
107 2 37 2 2 1 11 45 4 2 2 2 1 2 2 2 4 -1 2 2 1 1 5 6 3 1 2 1
108 2 33 1 2 1 5 40 4 2 2 2 2 2 3 2 4 2 3 2 5 3 3 5 3 3 3 3
109 2 30 1 1 1 2 45 3 2 2 2 2 2 3 1 3 -1 2 5 5 2 5 7 6 3 4 2
110 2 31 2 1 1 3 23 4 2 2 2 2 2 2 3 4 -1 1 2 2 2 6 2 1 1 4 1
111 2 -1 -1 2 2 25 80 4 3 1 1 2 2 3 1 1 2 2 2 2 2 3 5 2 3 2 1
112 2 37 2 2 1 10 45 3 3 2 2 2 2 2 3 4 2 2 2 2 2 -1 2 6 1 2 1
113 2 53 1 2 1 25 80 4 2 1 1 1 1 1 3 1 -1 1 2 -1 3 3 3 2 1 -1 2
114 2 36 2 2 1 8 55 3 2 2 2 2 2 1 2 4 2 2 2 3 3 3 6 5 2 4 5
115 2 38 1 2 1 11 35 4 2 2 2 2 1 2 2 4 4 2 6 7 2 6 2 2 1 1 3
116 2 36 2 2 1 10 50 4 3 1 2 3 1 1 2 4 2 1 2 2 3 2 4 2 3 4 2
117 2 34 1 2 1 8 35 4 2 2 2 2 1 3 3 3 3 2 2 3 3 3 1 3 3 1 2
118 1 41 1 1 1 14 65 4 2 2 2 2 2 2 2 4 1 2 2 3 2 2 6 3 4 4 5
119 1 32 2 1 1 2 35 4 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 3 2 3 4 3 3 3 1 3
120 1 43 1 2 1 9 35 4 3 2 2 2 2 2 2 4 1 3 2 5 3 3 4 2 7 2 4
121 1 29 2 1 1 1 20 3 3 2 2 2 1 2 2 4 2 2 2 2 2 3 5 4 3 1 2
122 1 32 1 1 1 1 35 3 2 2 2 2 2 1 2 4 2 2 2 1 3 3 5 6 2 -1 2
123 1 31 2 1 1 2 30 4 3 2 2 2 2 2 3 3 2 2 2 2 2 4 4 3 2 2 4
124 2 37 1 2 1 9 40 4 2 1 1 2 1 3 3 4 -1 3 6 3 7 4 4 4 3 4 3
125 2 44 1 2 1 13 40 3 2 2 2 2 2 1 3 3 2 2 2 3 3 3 1 2 1 2 2
126 2 28 2 2 1 2 60 3 2 1 1 1 1 4 2 4 3 2 2 7 3 2 4 3 3 1 4
127 2 43 1 2 1 17 50 4 2 1 1 1 1 2 2 3 3 3 2 1 3 3 4 2 1 1 3
128 2 34 2 1 1 5 50 4 2 1 1 2 2 2 3 4 2 2 2 3 3 3 7 3 7 1 3
129 2 32 2 1 1 4 45 4 2 1 1 2 2 2 3 4 2 2 2 2 3 3 2 3 7 1 3
130 2 39 1 2 1 12 45 3 2 1 2 3 2 2 3 4 1 2 2 2 2 5 6 5 2 2 2
131 2 38 2 1 1 10 25 3 3 2 2 2 1 2 3 4 2 3 2 3 3 5 7 3 7 1 4
132 2 38 2 1 1 10 25 4 3 1 3 3 1 2 2 4 2 2 2 7 7 3 7 6 1 2 7
133 2 32 2 1 1 4 35 3 2 2 2 2 1 2 3 4 2 2 2 5 3 3 7 2 1 2 1

134 2 32 2 1 1 4 45 3 3 2 2 3 2 3 1 4 1 2 2 2 2 3 5 5 1 3 2
135 2 45 2 1 1 7 50 4 2 2 3 2 2 2 4 4 2 3 2 3 4 3 1 3 1 1 2
136 2 36 1 2 1 10 40 4 2 1 2 3 1 4 1 4 1 2 2 1 1 5 7 1 1 1 2
137 2 37 1 2 1 13 30 3 2 2 1 2 1 2 4 4 1 2 6 3 3 4 5 2 1 -1 4
138 2 38 1 1 1 10 45 3 2 2 2 2 1 2 2 4 2 2 5 1 2 3 6 6 1 1 3
139 2 36 1 1 1 7 40 3 2 2 3 3 1 1 2 2 2 4 2 2 2 6 4 1 1 1 2
140 2 34 1 1 1 7 35 4 2 2 2 2 2 3 2 4 -1 2 2 7 -1 5 7 4 3 6 2
141 1 35 1 1 1 8 40 3 2 2 1 3 2 3 3 4 4 2 2 7 3 6 7 2 1 2 2
142 1 51 1 2 1 20 35 4 2 2 2 1 2 2 2 2 2 2 2 3 2 2 6 3 4 1 4
143 1 44 1 2 1 15 70 4 2 1 1 2 1 2 2 4 1 1 2 3 2 3 3 2 2 3 2
144 1 49 2 2 1 25 45 4 3 1 1 1 2 -1 3 3 -1 3 2 2 2 4 3 2 2 3 2
145 1 40 2 2 1 16 45 4 2 2 2 2 2 1 3 4 -1 2 2 2 3 3 1 2 3 1 3
146 1 55 1 2 1 37 40 4 2 1 2 2 2 3 3 3 4 2 2 2 3 4 2 2 3 2 2
147 1 29 2 2 2 1 75 3 2 1 1 2 2 2 3 4 1 2 2 2 2 2 6 4 3 4 2
148 1 37 2 2 1 8 40 4 2 2 1 1 2 2 3 4 1 2 2 2 1 3 5 2 3 4 3
149 1 38 2 2 2 11 60 3 3 2 2 2 2 1 2 3 2 2 2 2 1 3 6 4 3 4 5
150 1 53 1 2 1 25 50 3 2 1 1 2 2 3 4 3 2 2 2 2 2 3 5 5 2 1 5
151 1 55 1 2 2 27 60 3 2 1 1 1 1 -1 3 -1 4 2 2 2 3 2 1 1 3 1 2
152 1 30 1 1 1 10D 40 4 2 1 1 1 2 1 3 1 1 2 2 1 1 -1 -1 1 1 4 3
153 1 32 2 1 1 1 38 4 2 2 2 2 1 2 3 3 2 3 2 5 2 3 4 3 4 6 4
154 1 48 1 2 2 25 50 4 2 1 1 2 2 1 3 4 3 3 2 3 3 3 2 3 2 6 2
155 2 34 2 1 1 5 35 3 3 2 2 2 2 3 3 4 4 1 -1 -1 -1 5 7 2 3 1 3
156 2 37 2 2 1 14 30 2 3 3 2 4 1 2 2 4 2 2 5 6 2 5 7 6 3 2 3
157 2 47 2 2 1 23 25 4 3 2 2 2 2 2 3 4 2 2 2 3 4 4 6 3 1 6 2
158 2 37 1 1 1 9 25 4 2 1 1 1 1 2 1 3 1 2 1 3 2 5 5 6 3 1 2
159 2 44 2 1 1 9 30 4 4 2 1 2 2 2 3 4 1 2 2 3 -1 3 1 5 3 -1 -1
160 2 34 1 1 1 7 30 4 2 2 2 2 1 1 2 4 1 2 2 1 2 2 7 2 1 7 1
161 2 39 2 2 1 9 40 4 2 1 1 2 1 3 4 4 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1 -1
162 2 34 2 1 1 5 35 4 2 1 1 1 1 3 3 4 3 3 2 3 3 4 5 6 3 2 4
163 2 30 1 1 1 1 30 3 1 2 1 2 1 3 2 3 -1 3 2 3 3 3 5 3 2 1 4
164 2 47 1 2 1 22 30 3 2 2 2 2 1 3 2 4 2 7 6 3 3 2 7 6 3 1 3
165 2 33 2 1 1 4 30 3 2 2 2 2 2 3 2 2 1 2 2 3 3 3 5 3 3 3 3
166 2 38 1 1 1 11 30 4 3 1 2 2 2 3 3 3 2 1 2 1 1 3 3 3 3 3 3
167 2 34 1 1 1 5 27 4 2 1 2 2 2 2 2 3 2 2 2 2 1 3 5 2 2 3 1 3

168 2 40 1 2 1 17 35 4 2 2 -1 -1 1 3 2 4 -1 2 2 3 7 3 5 6 3 2 3
169 2 38 2 1 1 10 40 4 3 2 1 3 2 2 3 3 2 3 2 2 3 4 5 3 4 4 -1
170 2 31 2 1 1 2 35 3 2 2 2 2 2 2 3 3 2 2 2 2 2 -1 5 2 3 1 3
171 2 32 2 1 1 4 25 3 3 2 1 2 1 -1 1 4 1 2 5 2 2 -1 7 2 1 -1 1
172 2 35 2 2 1 8 50 4 2 2 2 2 2 2 3 4 2 2 2 2 2 5 4 1 3 2 3
173 2 56 1 2 1 25 25 4 2 1 1 1 1 2 4 4 2 3 2 3 1 6 -1 2 3 2 3
174 2 34 2 -1 1 8 23 4 2 2 2 1 2 3 2 4 1 1 2 2 3 5 2 1 1 1 1
175 2 38 2 1 1 6 35 3 2 3 2 1 2 3 3 4 3 2 -1 1 2 3 7 1 1 2 1
176 2 62 1 2 2 37 75 4 2 1 1 2 2 2 4 4 4 2 2 2 3 3 4 3 4 3 3
177 2 64 1 2 1 39 70 3 2 2 1 1 1 4 2 -1 2 2 2 2 1 3 4 4 4 4 2
178 2 32 2 1 1 4 22 4 2 2 2 3 1 1 1 4 2 2 -1 2 2 5 7 2 3 1 2
179 2 31 2 1 1 4 25 3 2 1 1 2 2 2 3 3 1 2 2 2 3 5 5 3 2 1 2
180 2 40 1 1 1 13 25 3 2 2 2 3 2 2 1 2 1 1 2 1 1 4 5 5 4 5 3
181 2 50 1 2 1 10 50 4 2 1 1 1 1 1 2 -1 1 2 2 2 2 2 2 3 3 1 3
182 2 45 1 2 1 17 25 4 -1 1 1 1 2 2 2 4 2 3 6 3 3 3 7 3 4 4 4
183 2 41 1 2 1 9 35 4 2 2 2 2 2 1 3 4 4 2 2 7 2 5 2 3 3 3 2
184 2 48 2 -1 1 13 45 3 2 2 2 2 3 2 4 4 3 2 3 3 3 5 3 4 4 2
185 2 32 2 1 1 4 37 4 2 2 2 3 2 2 2 3 2 2 2 2 2 3 4 3 3 1 3
186 2 40 2 1 1 13 25 3 2 2 2 1 1 2 3 4 3 7 2 3 2 2 5 2 1 2 2

ANEXO VI

N° ENC	V28					V29			V30										V31						
	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
1R		2					2			2		4								1	2				
2R	1	2				1				1	2					7				1	2				
3R		2				1				2					6					1	2				
4R	1					1				2			5							1	2				
5R	1					1				2		4													
6R		2				1				2		4								1					
7R	1					1									7		9			1	2		5		
8	1						2			1	2										2				
9	1						2			1	2									1	2				
10	1						2					4			7					1	2				
11	1						2			2			5							1	2				
12	1						2			2			5							1	2				
13	1						2			1	2									1	2				
14	1						2			2					7					1	2				
15	1					1														1	2				
16	1					1	2	3			2		5							1	2				
17	1						2			2					7					1	2				
18	1	2	3			1	2					4		6											
19	1	2					2	3						6	7					1	2				
20	1						2			1	2														
21	1					1				2			5							1	2				
22	1			4		1	2			2					7										
23	1			4		1				2				6						1	2				
24					5	1							5	6						1	2				
25	1						2			2			5							1	2				
26	1					1				1					7					1	2				
27	1						2			1										1	2				
28	1						2			1				6											
29	1						2			1	2									1	2				
30	1					1				1	2			6						1	2				
31	1						2					4						10		1					
32	1					1				2		5													
33	1	2					2			2					7					1					
34	1						2								7	8									7
35	1						2																		
36	1					1				1					7					1	2				
37	1					1						5	6	7	8					1	2		5		
38		2				1	2					5		7						1	2				
39	1					1	2			1				6	7					1	2				
40	1	2				1	2							6	7					1					
41	1					1				1					7										
42		2				1				2															
43	1						2			1	2		5							1					
44R	1					1		3				5		7						1	2				
45R		2		4		1		3				4					9			1	2		5		
46R	1					1				1	2	4	5	6						1					
47R	1	2			5	1		3		1		5								1					
48R		2					2			2				6						1	2				
49R	1						2																		
50R	1						2																		
51R		2	3			1	2				2	4								1	2				
52R	1					1				2		5								1	2				
53R	1	2					2			2		4								1	2		5		
54R		2					2			2							9			1					
55R		2			5	1	2					5		7											
56R	1				5	1	2						6	7						1	2				
57R	1					1	2					3			7					1	2				
58R		2			5	1	2			2		4								1	2		4		
59	1						2			1	2									1					
60	1						2																		
61	1						2							6	7										
62	1						2			2				6											
63	1						2						5	6											
64	1						2			2				6						1					
65	1						2			2		4	5	6											

N° ENC	V28					V29			V30										V31						
	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
66	1						2		2				5												
67	1					1							5	7					1	2			5		
68	1		4			1							5						1	2					
69	1					1			2					6					1	2					
70	1					1			2		4								1	2		4			
71	1		3			1									7				1						
72	1					1		1							7										
73	1					1							5		8				1						
74	1					1	2		1				5												
75	1		3				2		1				5						1	2					
76	1						2		2						7				T						
77		2					2		1		4														
78	1					1													1						
79	1					1				2		4													
80	1					1	2																		
81		2					2				4				7				1	2					
82	1					1	2		1	2									1	2	3	4			
83	1					1																			
84	1					1					4		6							2				7	
85	1					1																			
86	1					1			1																
87	1	2				1	2																		
88	1					1				2		4													
89	1					1																			
90	1						2						5				10		1						
91	1			5		1	2								7	8			1	2			5		
92	1						2							6	7				1						
93	1					1	2			2				6					1						
94	1	2	3				2						5	6											
95	1					1							5	6											
96		2					2		1	2									1						
97		2				1			1		3								1	2			5		
98	1	2				1				2			5						1	2					
99	1	2				1							5						1	2					
100R	1	2	3			1	2								8	9									
101R	1	2				1				2		4		6					1						
102R	1					1							5	6						2					
103R		2					2						5	6											
104R	1					1													1						
105	1	2				1	2							6					1						
106	1	2					2						5												
107	1					1				2							9		1	2			5		
108	1					1	2		1							8			1	2					
109	1	2				1			1			4							1	2			5		
110		2	3			1						4		6					1	2				7	
111	1					1	2						5	6											
112	1					1			1						7				1	2			5		
113		2				1							5	6											
114		2				1				2				6					1						
115	1	2	3	4		1						4	5						1						
116					5	1			1	2															
117	1					1							5		7				1	2					
118R		2			5	1						4					9			2					
119R		2				1			1			4							1	2					
120R		2				1						4			7				1	2			5		
121R		2				1			1			4							1						
122R	1					1								6	7				1	2					
123R		2				1				2			5						1	2					
124	1	2				1				2			5												
125	1	2				1	2		1				5						1	2					
126	1					1								6	7										
127	1					1			1	2															
128	1					5	1					4	5												
129	1				5	1			1	2															

Nº ENC	V28					V29			V30										V31						
	1	2	3	4	5	1	2	3	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	1	2	3	4	5	6	7
130	1					1								6	7										
131	1				5	1				2			5						1	2		4			
132	1					1						4			7				1	2					
133		2				1						4	5						1	2					
134		2				1					3	4							1	2		4	5		
135	1		3	4	5										7	8			2						
136	1	2				1				2		4													
137		2				1			1				5						1	2				7	
138	1				5	1	2		1					6					1	2					
139	1				5	1									7				1	2					
140	1	2				1								6					1						
141R	1				5	1				2								10	2						
142R	1					1			1					6					1						
143R	1	2				1	2									8			1						
144R	1					1						4			7										
145R	1			4		1									7	8			1	2					
146R	1	2	3	4		1	2	3							7		9								
147R	1					1				2	3								1					7	
148R	1					1				2		4							1	2					
149R	1	2				1	2			2		4	5						1	2			5		
150R	1					1				2	3														
151R	1					1	2		1					6											
152R	1						2			2		4													
153R		2				1									7		9		1						
154R	1					1							5	6											
155		2					2	3		2				6					1	2					
156		2						3	1						7				1						
157	1						2		1	2									1	2					
158		2						3										10							
159	1						2	3				4			7				1	2					
160	1					1							5		7				1	2					
161	1	2				1	2		1	2		4	5	6											
162	1					1				2			5												
163	1					1							5						1						
164	1					1							5		7				1	2					
165	1					1				2		4							1						
166	1					1	2			2			5												
167	1					1			1	2															
168	1					1	2								7		9		1	2					
169		2				1				2		4							1						
170	1					1						4					9		1						
171	1	2	3			1	2			2			5										5		
172	1					1	2		1					6					1	2					
173	1					1							5	6	7		9								
174	1					1				2		4							1	2					
175	1					1	2			2		4							2				5		
176	1					1	2						5	6											
177	1					1		2				4	5												
178	1					1			1	2									1	2					
179		2					2		1					6											
180	1						2		1			4							1	2			4		
181	1	2	3			1	2	3							7	8									
182	1					1						4													
183	1					1			1					5					1						
184	1					1			1					5					1						
185		2					2			2				6					1	2					
186	1					1				2				5					2				5		

Nº ENC	V32							V33							V 34				V36				
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5
1R	1	2						1	2							1							5
2R								1															
3R	1							1	2						1			4	1				
4R	1							1	2										1	2	3	4	5
5R	1	2						1	2										1	2			
6R	1							1										4	1				5
7R	1							1										4		2		4	
8		2							2							2	3				3		
9	1	2						1							1				1				
10	1	2						1											1				5
11								1													3		5
12	1	2						1	2						1								5
13	1	2						1	2						1	2			1		3		
14	1	2						1	2									1		3			
15	1	2						1	2									1	2			4	5
16								1	2									1					5
17	1	2						1	2									1		3	4	5	
18																							5
19	1	2						1	2									1					
20								1							1				1				
21	1	2						1	2							2				2			
22																			1				5
23	1	2						1	2						1			4	1				5
24								1	2										1				
25								1	2										1		3		
26	1							1	2						1	2			1	2	3	4	5
27	1	2							2							2						4	5
28	1							1											1				5
29								1							1	2							5
30	1	2						1	2						1	2			1		3	4	5
31														7		2							5
32								1	2										1				5
33								1											1				
34								1											1				
35																			1				
36	1	2																	1				
37	1																		1				5
38	1	2						1	2						1	2							
39																			1				5
40	1							1							1				1			4	
41																				2			5
42	1							1							1				1				5
43	1							1								2							5
44R								1	2						1				1			4	
45R	1	2			5			1	2							2				2	3		5
46R	1							1							1	2			1		3	4	5
47R								1							1							4	5
48R	1							1	2						1				4	1			5
49R																			4				5
50R																			4				
51R	1							1								2							5
52R	1	2						1	2						1	2			1				
53R	1				5			1	2						1	2			1				5
54R	1							1	2						1	2			1				5
55R	1	2						1	2							2				2	3	4	5
56R								1	2						1	2			1		3		5
57R															2				1				
58R								1	2						1	2			1		3		5
59															1	2			1				5
60								1								2							
61																							5
62	1	2						1	2						1				1				
63								1	2						1	2			1				5
64	1														1	2			1				5
65								1							1				1				5

N° ENC	V32							V33							V 34				V35				
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5
66	1							1								2							5
67	1	2						1	2						1	2			1	2	3	4	5
68	1							1							1	2					3	4	5
69	1	2						1	2						1		4		1	2	3	4	5
70	1	2		4				1	2		4							1	2				5
71	1							1							1								5
72								1											1				5
73																			1				5
74																			1				5
75	1	2						1	2									1		3			5
76	1							1										1					5
77								1										1				4	5
78								1									4						5
79	1	2						1	2									1		3			5
80															1	2			1				5
81	1	2							2						1					2	3	4	5
82	1	2	3	4				1	2						1	2				2	3	4	5
83															1								5
84								1	2										1				5
85															1		4		1				5
86	1	2			5			1	2			5			1		4		1				5
87																			1				5
88	1							1	2													4	5
89															1								5
90	1							1	2			5					4		1	2	3	4	5
91	1							1	2										1	2			5
92	1							1	2						1				1				5
93	1							1															5
94																							5
95									2														5
96	1							1															5
97	1							1	2						1	2			1	2	3		5
98	1	2						1	2										1		3		5
99	1							1	2						1				1				5
100R	1	2						1	2										1		3		5
101R	1	2						1	2						1	2			1				5
102R		2						1	2						1				1				5
103R																			1				5
104R								1	2										1				5
105								1							1				1				5
106	1							1	2						1		4		1				5
107	1	2															4				3		5
108	1	2													1				1			4	5
109	1	2			5			1	2			5			1	2			1			4	5
110	1	2						1			4				1				1	2	3		5
111								1							1								5
112	1	2						1	2						1	2							5
113																							5
114	1							1							1							4	5
115								1	2										1			4	5
116	1	2			5			1	2												3		5
117	1	2						1	2										1				5
118R									2						1	2							5
119R	1	2						1	2						1		4		1		3		5
120R	1	2			5			1	2			5			1	2			1			4	5
121R	1	2						1	2										1		3	4	5
122R	1	2						1	2						1	2			1				5
123R	1	2						1	2						1	2			1				5
124								1	2										1	2		4	5
125	1	2						1	2		4				1	2			1	2	3		5
126																			1				5
127																			1				5
128								1	2						1		4		1			4	5
129								1	2						1		4		1				5

N° ENC	V32							V33							V 34				V36				
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	1	2	3	4	5
130	1							1							1				1				5
131	1	2						1	2						1	2			1		3	4	
132	1	2			5			1	2			5						1				4	
133	1	2						1	2														5
134	1	2		4	5			1	2		4	5			1	2				2	3		5
135		2						1							1			4				4	5
136	1							1											1				
137								1	2		4								1		3	4	
138	1							1	2						1	2			1		3		
139	1	2						1	2										1				5
140	1							1							1	2				2	3	4	
141R								1	2						1	2			1			4	5
142R	1							1							1	2						4	
143R	1							1	2						1	2			1				5
144R								1							1	2			1				5
145R	1	2						1	2						1								5
146R	1							1	2						1				1				5
147R	1							1							1	2			1				5
148R															2				1	2	3	4	5
149R	1	2			5			1	2			5			1	2			1	2	3	4	5
150R								1	2						1	2			1				5
151R															1				1				5
152R															1	2				2			
153R	1							1	2									1					
154R								1							1				1				5
155	1	2						1	2								4	1					5
156	1							1													3		
157	1	2						1	2						1	2			1			4	5
158															1				1			4	5
159								1	2						1	2			1				5
160		2						1										1					5
161								1										1					5
162																		1					5
163								1										1					
164	1	2						1	2									1					
165	1							1									2		1				5
166	1	2						1	2								2		1				
167	1							1										2		1			
168																			1				5
169								1	2						1							4	5
170	1							1	2						1	2			1				5
171									2			5							1				5
172	1	2						1	2			5			1	2					3		5
173																			1				5
174	1	2			5			1	2						1					2	3		
175		2																4	1				5
176								1							1				1				5
177																					3		5
178	1	2						1											1	2	3		5
179	1	2						1	2						1			4	1		3	4	5
180	1	2		4				1							1	2			1		3	4	
181																							
182															1								5
183	1							1	2						1				1		3		5
184	1											5			1				1				5
185	1	2						1	2			5			1	2					2	3	
186		2			5																		5

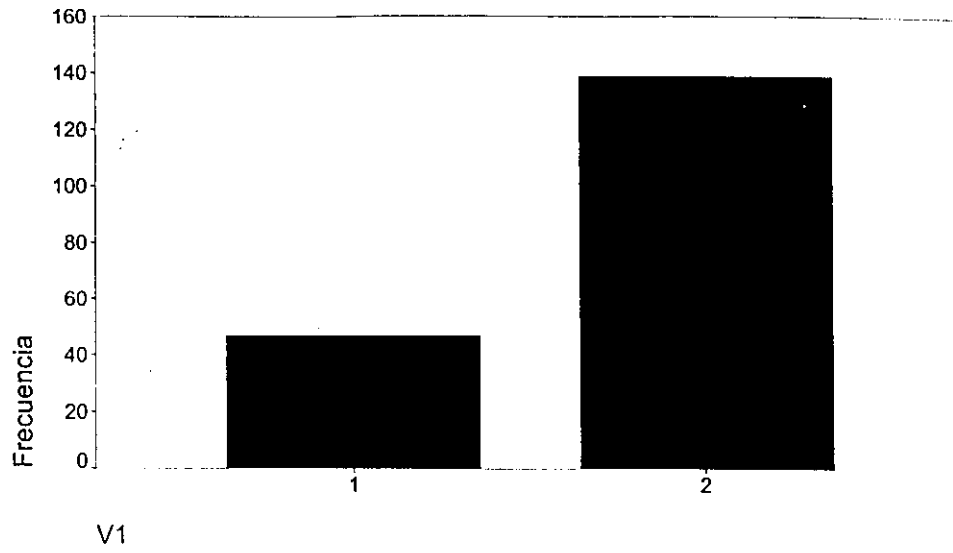
ANEXO VII

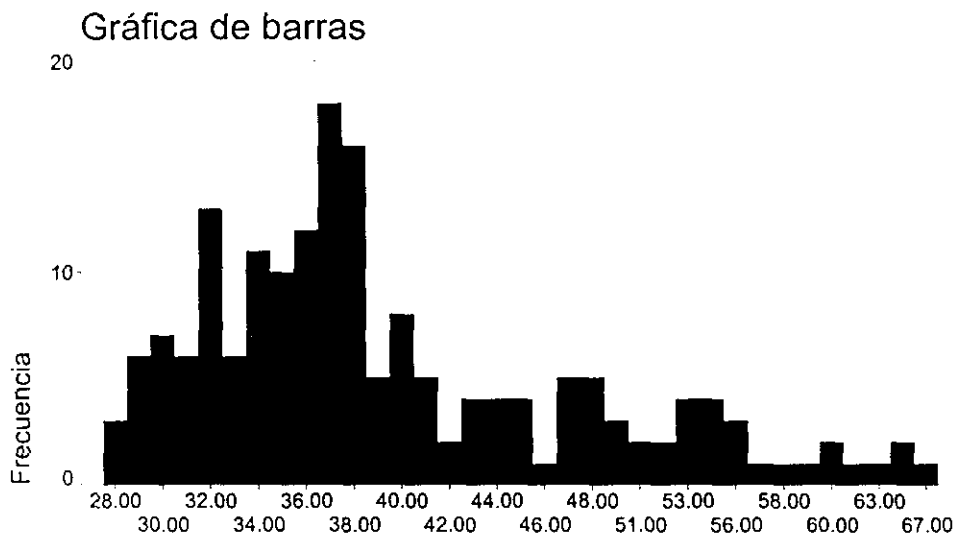
N° ENC	V36				V37							V38					V39						
	1°	2°	3°	4°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	1°	2°	3°	4°	5°	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°
1R	3	2	1		4	2	3	5	6	7	1	3	1	5	4	2	4	3	2	5	6	1	
2R	3	1	2									5	3	1	2	4	4	5	6	3	2	1	
3R	1	3	2									2	3	1	4	5	2	5					
4R	3				1	2											1	6					
5R	3											1	3				4	2	3	1			
6R	3	2	1	4	1	2	3	5	4	7	6	1	3	2	4	5	6	1					
7R	3											3	1				4	2	3	5			
8	1	3	2		2	4						3	1				2	1					
9	1				1	2	3	4	5			3					2						
10	3	2	1		1	2	4	5	7			1	3	2	4		1	2	4	5			
11	3	2	1		6	7	3	4	5	2	1	4	3	1	2		3	6	5	1			
12	3				4	6						1	3				4	2					
13	3	2	1	4								1	2	3	4		1						
14	1	2	3		4	3						1	3	4	2		3	4	2	1	5	6	
15	1											3	1										
16	3	1	2	4								3	1	2	4	5							
17	4	2	1	3	3	4	6	2	1			3	1	2			2	3	4				
18	3	2	1	4																			
19	1	3	2	4																			
20	3	2	1		3	4	6	5	7	2	1	3	2	1	4	5	4	3	5	1	2	6	7
21	3	2	1		1	2	3	4	5			1	2	3	4	5	1	2	4				
22	3	1			5	2						5					1	2					
23	3	2	1		1	2						3	2				1	4	5				
24	3	1	2		4	7	2	5	1	6	3	1	2	3	4	5	1	4	5	3	2	6	7
25	3	2	1		1	2	4					1	2	3			2	1	3	4			
26	2																4						
27												3	1	2	5	4							
28	3				3	2	1					4	1	3			3	1	2				
29	2	1	3														5	1					
30	3	1	2		1							1	3	4	2	5	3	2	1	4			
31	1	4			1	2						1	2										
32	1	2	3	4								1	2	4	3	5							
33	3	1	2									1	3	2	4	5	1	4	2	3	5	6	
34	3	2	1		1	2	3	4	5	6	7	1	2				1	2	3				
35																							
36	3	1	2		7												4	5	7	3	1	6	2
37	3											2	3				1	2					
38	3	2	1		567	34	12					2	3	1									
39	2	13										1	3	2	4		1	2345					
40	3	1	2		2	5	1	3	4			1	3	2	4	5	1	4	2	3	5		
41	3	1	2									3	1	2	4	5	4	2	1	3	6	5	
42	2				4							3	1				4						
43	2	1	3		1	2	4	3	5	6	7	1	2	3	4	5	1	2	4	5	6	3	
44R	1	3	2		4	3	2	1	5			3	2	1	4		1	5	6	2	3	4	
45R					34							1	3	2	4		1	2	4	6	5	3	
46R	3											234	1				2	1345					
47R	2	3	1		7	5	2	1	4	3	6	2	1	3	4	5	4	2	3	1	6	5	
48R	3	2	1		46	3	2	75	1			2	1	3	4		4	356	12				
49R																	4						
50R																							
51R	1	2	3		2	4	1	3				1	3	4	2	5	3	4	5	62	1		
52R	3	1	2		1	2	5	4	3	7	6	3	1	2	4	5	1	4	3	5	2	6	
53R	1	2	3		4	5	1					1					1	4					
54R	3	1	2		6	4	3					3	1				1	3	4	2			
55R	4	3			1	2						2	1	3			3						
56R	3	1	2		2	1	4	3	6			1	2	3	4	5	1	5	3	6	2	4	
57R	3	1	2																				
58R	3	1	2														2	3	4	6	5	1	
59	2	3	1		1	5	4	2	3			1	3	2	4	5	1	2	3	4	5		
60	3											1											
61	1																4						
62	3	2	1									3	1	2			1	2	3	5	6	4	
63	3				4	2						4	2	3	1		4						
64	3	2	1		3	4	2					3	1				4	5	1				
65	4	23	1		4	2						5	4	32	1		4						
66	1	3	2	4	3	4	2	1				1	3	2	4		3	5	4	2			

Nº ENC	V36				V37							V38					V39						
	1º	2º	3º	4º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	1º	2º	3º	4º	5º	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º
133	3	2	1		2	4	1	5	3	6	7	1	3	2	4		4	1	3	2	6	5	
134	3	2	1		1	2	5	4	7	3	6	1	3	2	4	5	1	2	3	5	4	6	
135	3	2	1		4							13	2				34	26					
136																							
137	3	1	2	4	1	2	4	5	7	3	6	3	1	2	4	5	1	4	2	3	5	6	7
138					2	7						3	1	2	4		4	2	1				
139	3	2	1		1	2																	
140	3											3	1	5			2						
141R	3	2										3	1				4	6					
142R	1	2	3		3	2	1	4	5	7	6	1	2	3	4		3	4	5	6	1	2	
143R	1	2			3	4						1	3	2	4								
144R	3	1															2	3	1	5			
145R	3				3	4	5	6				1	2	3			1	2	3	5	6		
146R	3	2	1		5	4	3	2	1	6	7	1	2	3	5	4	3	2	4	5	1	6	
147R	2	1	3		1	2	4	6	3	5	7	1	2	3	4	5	1	2	5	4	6	3	
148R	1	2	3	4	34	56	127					123	4.5				134	256					
149R	34	12			25	147	36					123	4	5			234	3	56				
150R	1				4	3																	
151R												12345											
152R					1	23						3	12										
153R	3	2	1		2	3	4	5	1	6	7	1	5	3	2	4	3	2	4	5	6	1	
154R	3				3	2	1	4	5	6	7	5					2	4	5				
155	3	1	2		1	2	7					4	3	2	1		4	3	5	6	2	1	
156	3	4	1	2	4	3	2	1	5	7	6	1	3	4	2		1	4	2	3	5	6	
157	3	1	2	4	2												1						
158	3	2	1		2	3	4					3											
159	3	1			4	2	5										2	1					
160	3	1	2		2	4	3	1	5	7	6	1	3	2	4		5	2	4	3	1	6	
161	2	3			1	2						1	2	3									
162	3	1	2	4	3	4	5	7	2	1	6	3	1	5	4	2	4	2	3	1	5	6	
163																							
164	3	2	1		3	7	4	5	6	2	1	1	3	4	2	5	1	5	4	3	2	6	
165	1	3	2		1	2	5	4	3	7	6	1	2	3	4		1	2	3	5	4	6	
166												1	2	3									
167	3	1	2	4	34	5	6	2	7	1		1	3	2	4	5	4	2	5	6	3	1	7
168	2	3															4	3	2				
169	2	1	3		1	7	2	5	4	3	6	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7
170	3	1	2		1												4	1					
171	3											3	1	2			4	1	3				
172	2	1	3		6	5	1	2	3	4	7	4	5	2	3	1	1	6	5	3	2	4	
173	123				2							123	45				1						
174	3	1	2		1	2	5	7	4	3	6	1	3	2	4		3	4	2	1	5	6	
175	3	2			4	3	2					3	1	2									
176												1	3	2	4	5							
177	1	2	3																				
178	3	2	1		4	3	7	5	2	1	6	1	3	2	4	5	2	4	3	6	5	1	
179	1	2	3		4	2	1	5				1	5				1						
180	1	3	2		2	4	1	3	5	6		3	1	4	2								
181	1				4	2	5										1						
182												1											
183	3	2	1		7	1	2	5	3	4	6	3	1	2	4		2	1	4	5	3	6	
184	1	2	3		2	1	5	7	4	3	6	1	3	2	4	5	1	6	2	4	5	3	
185	3	2	1		2	4	3	1	5	6	7	1	3	2	4	5	3	4	5	2	1	6	
186	4	2	3	1	4	1	2	3	5	7	6	3	1	2	4	5	4	3	2	1	5	6	7

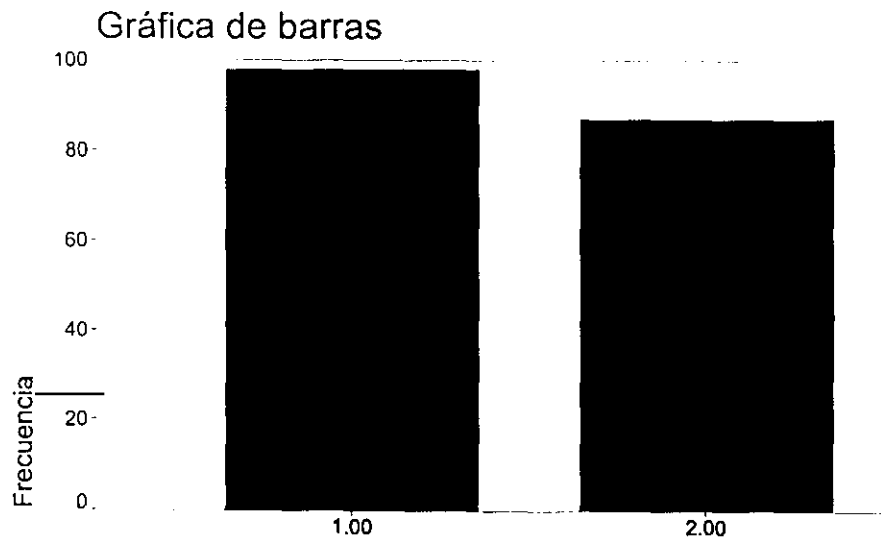
ANEXO VIII

Gráfica de barras

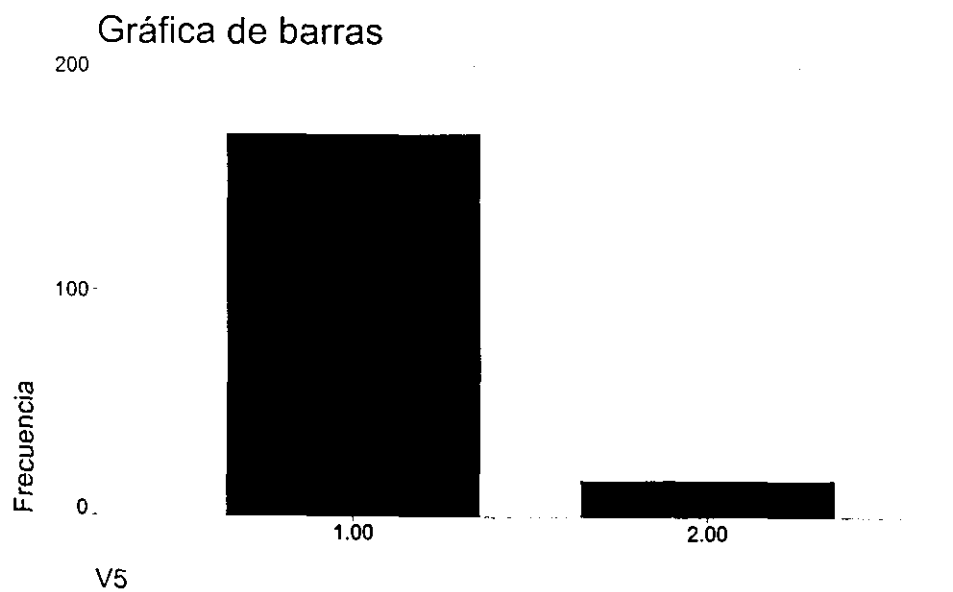
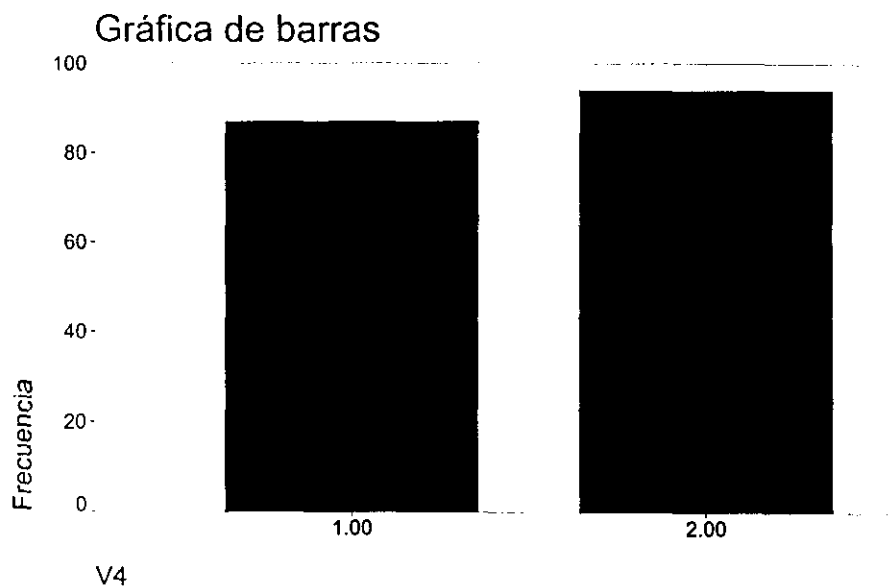




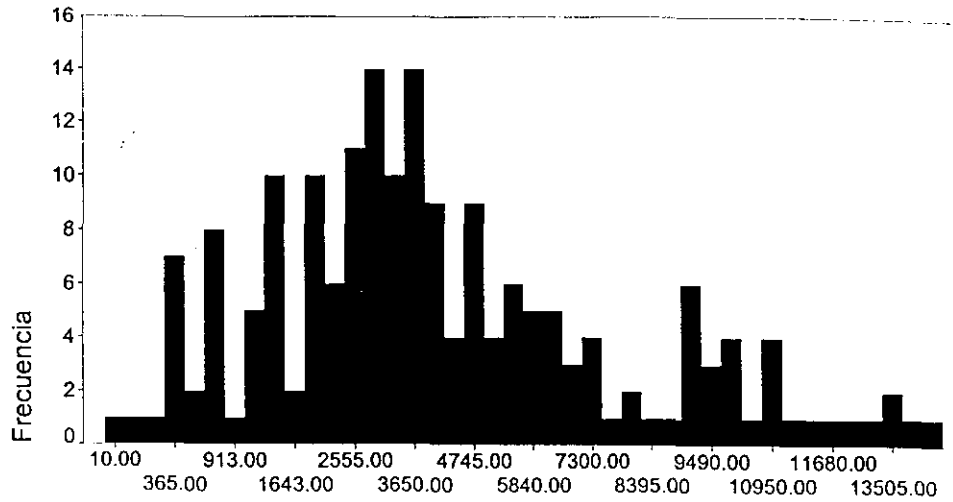
V2



V3

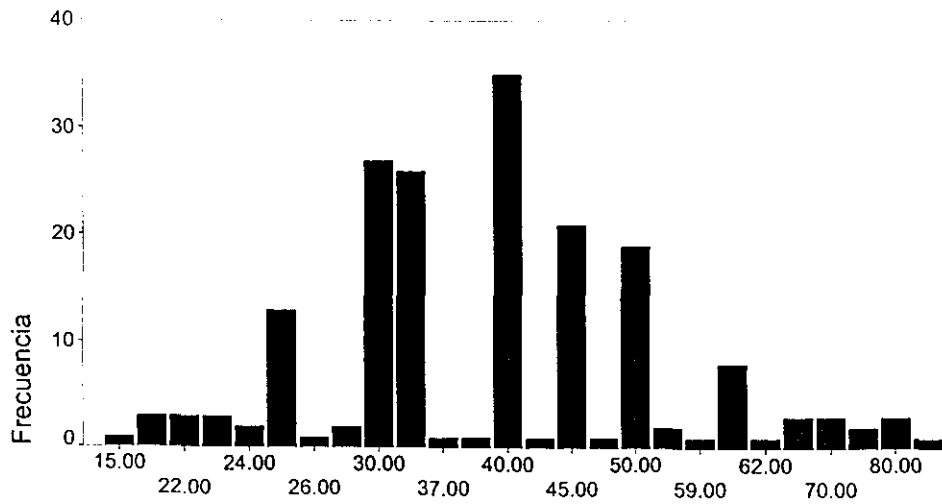


Gráfica de barras



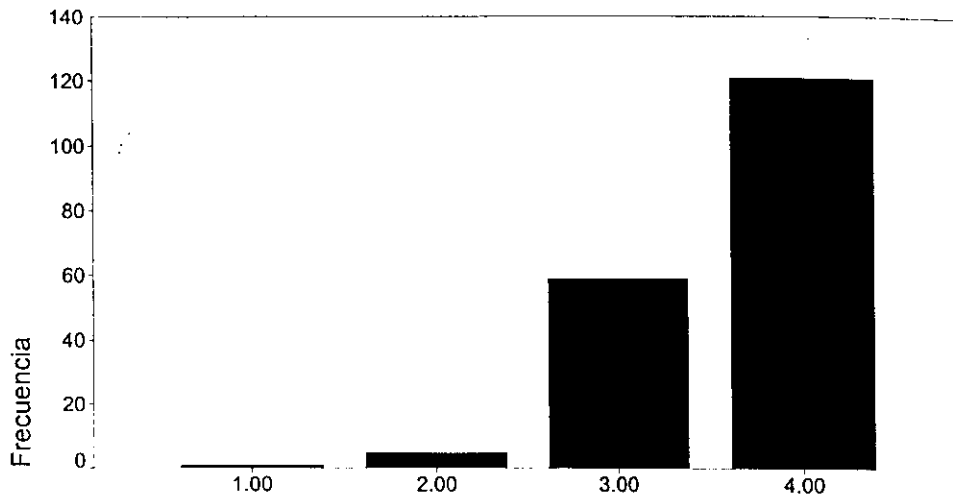
V6

Gráfica de barras



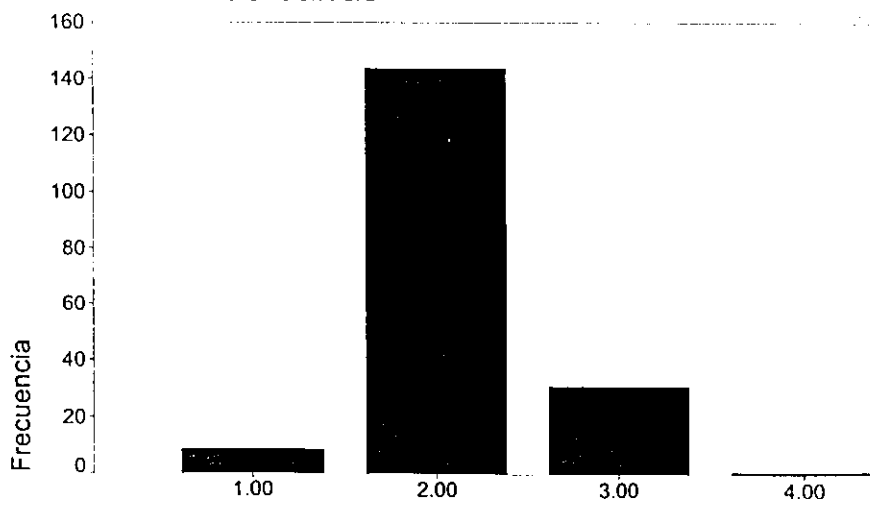
V7

Gráfica de barras

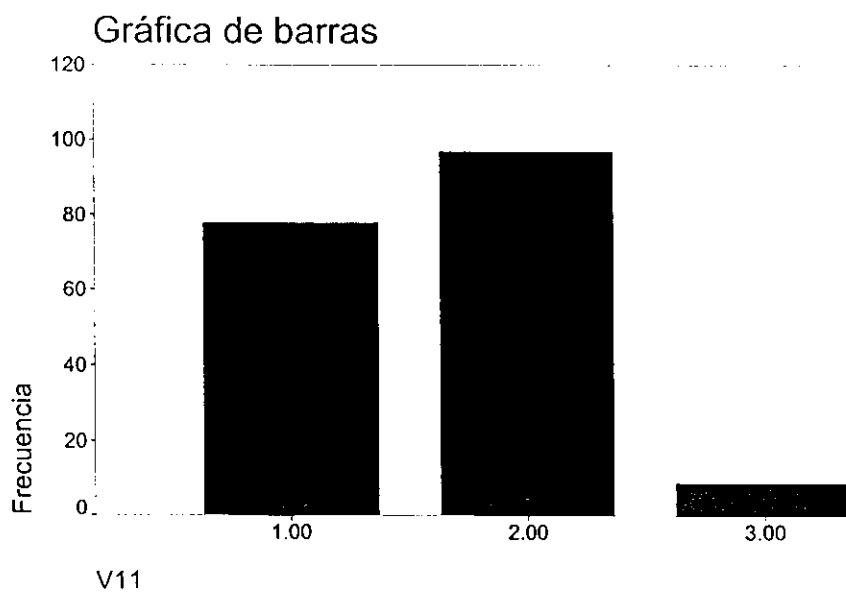
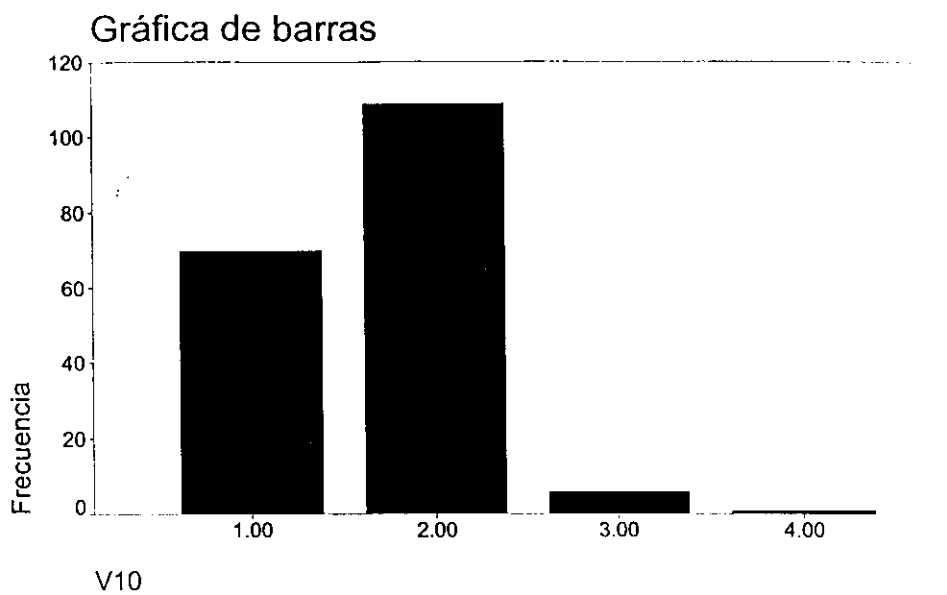


V8

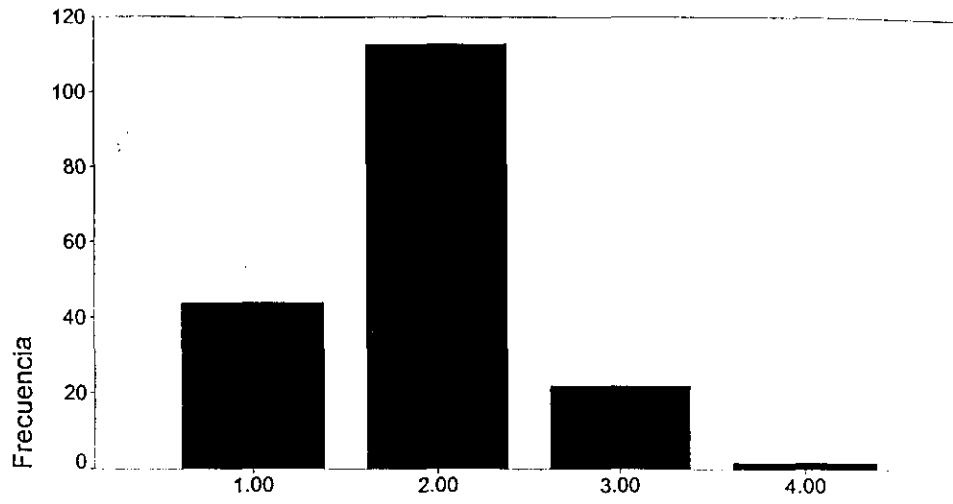
Gráfica de barras



V9

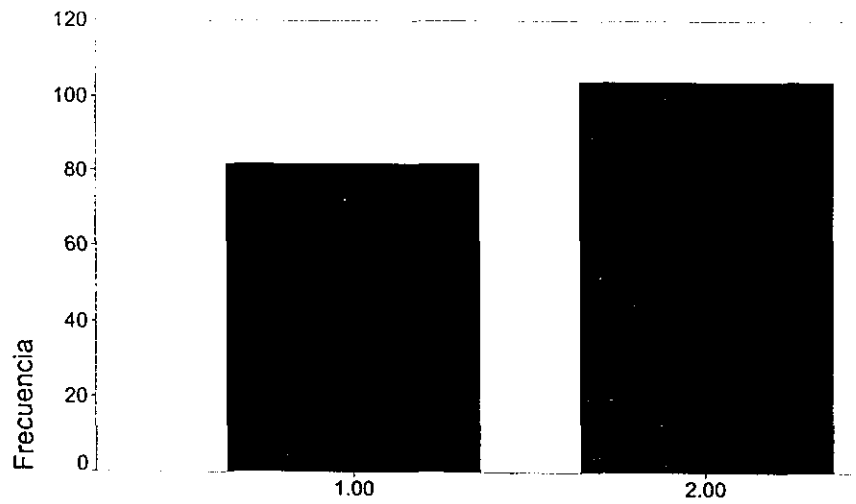


Gráfica de barras



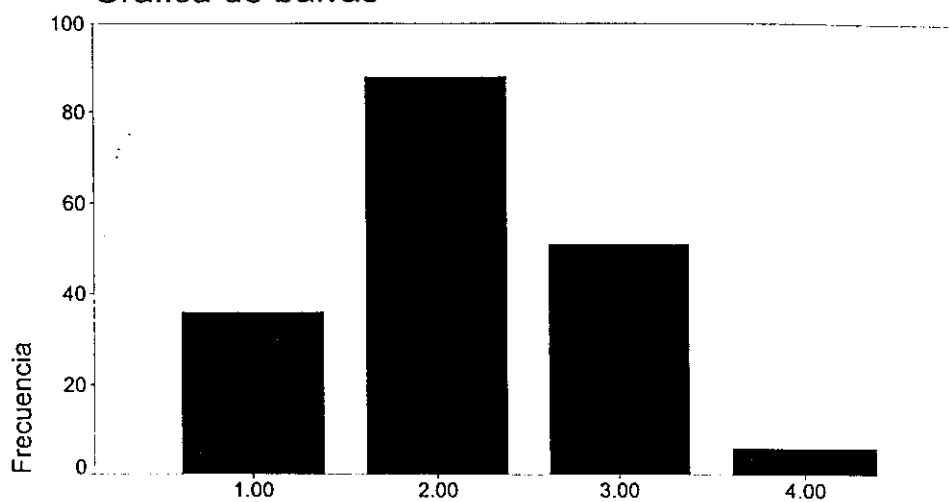
V12

Gráfica de barras



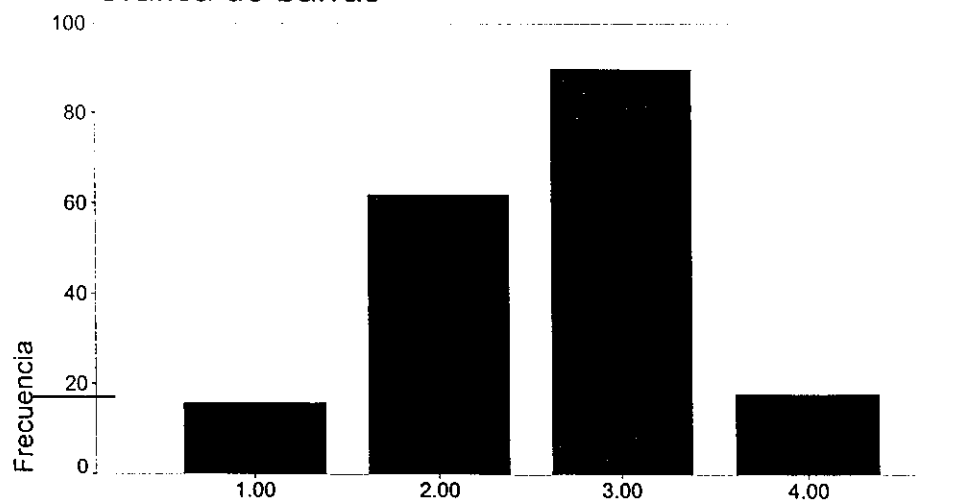
V13

Gráfica de barras

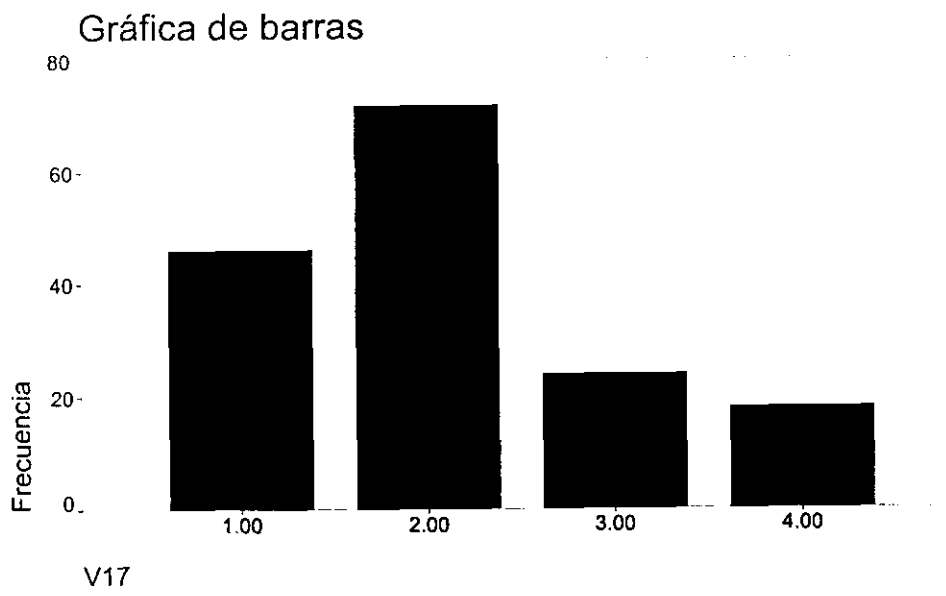
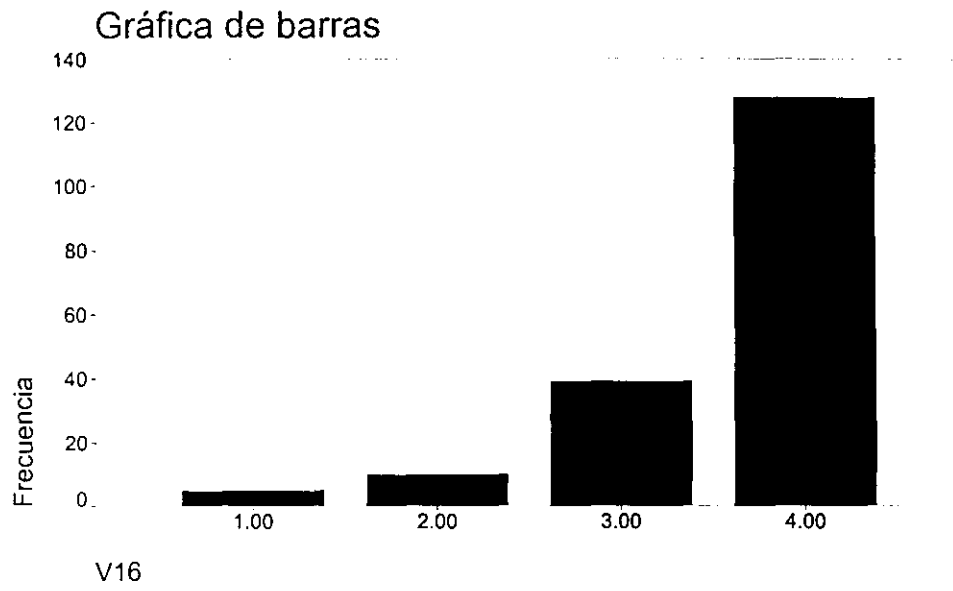


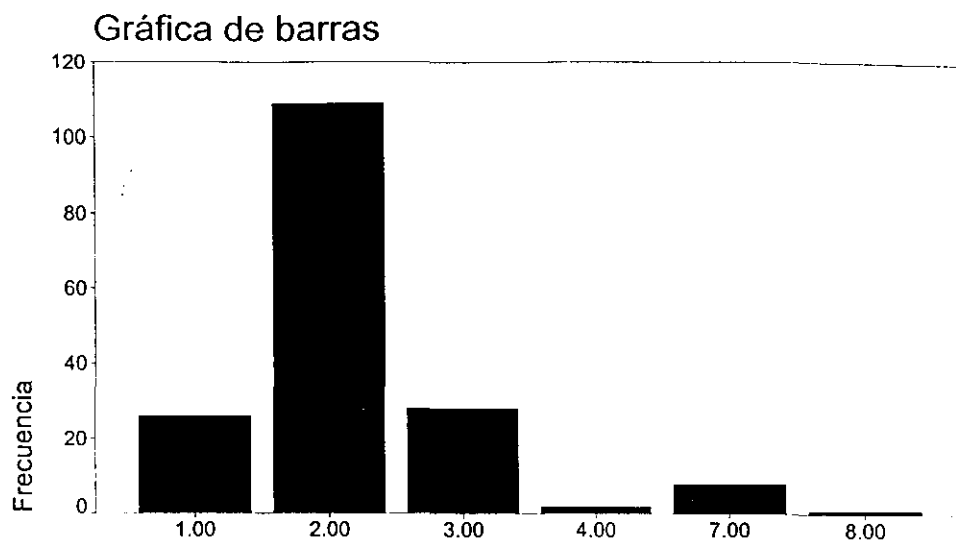
V14

Gráfica de barras

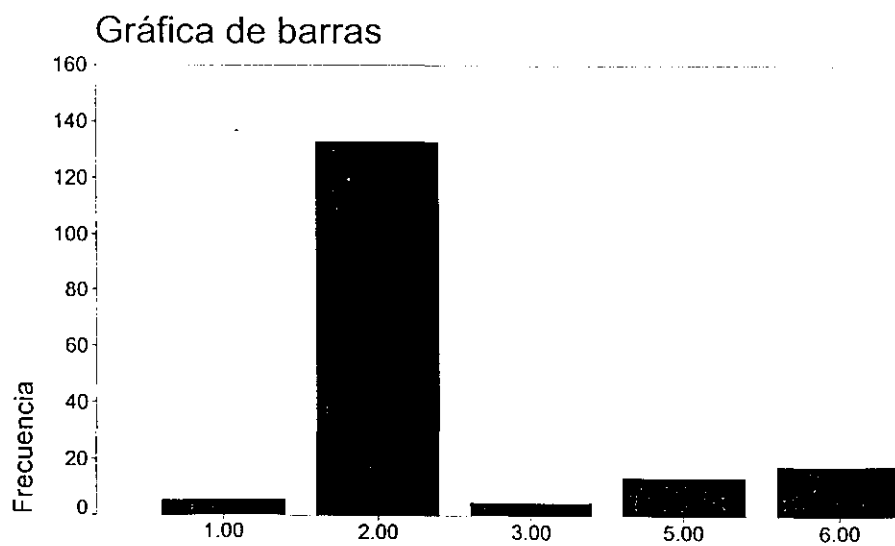


V15

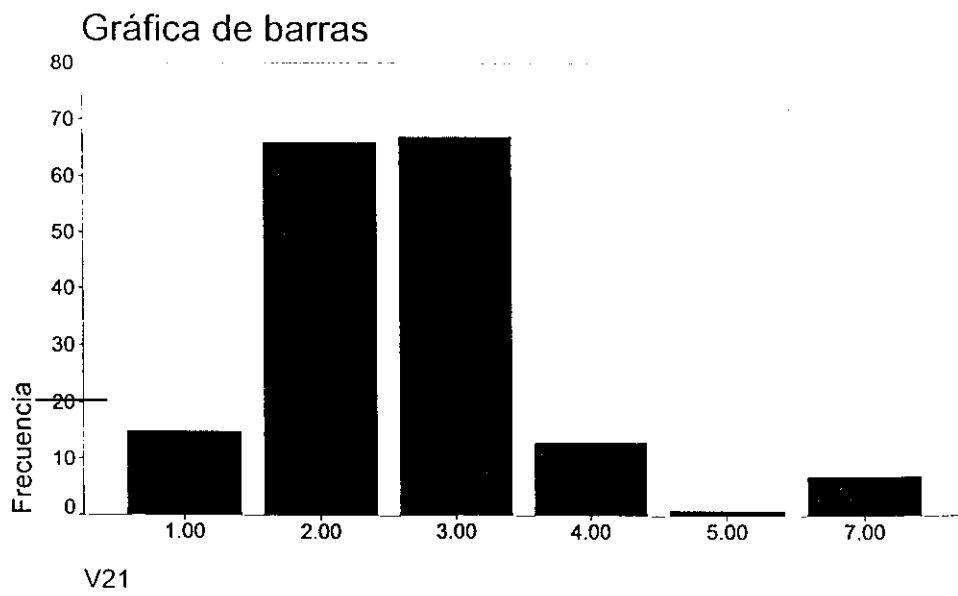
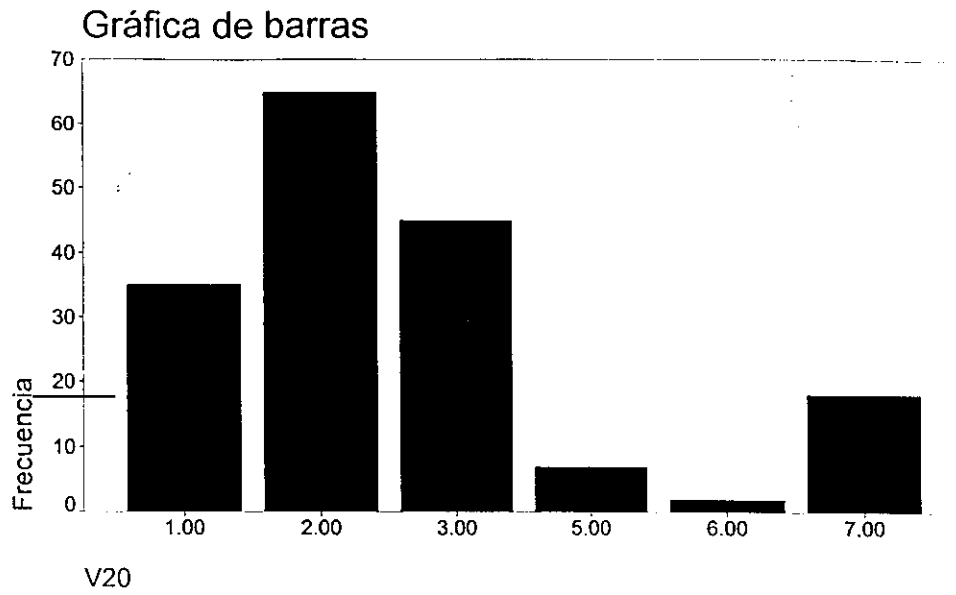


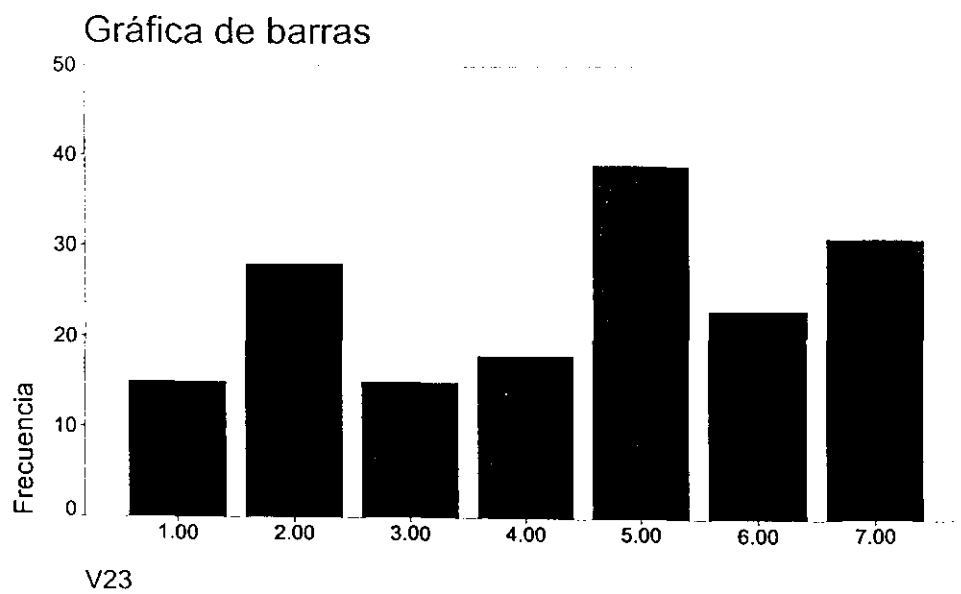
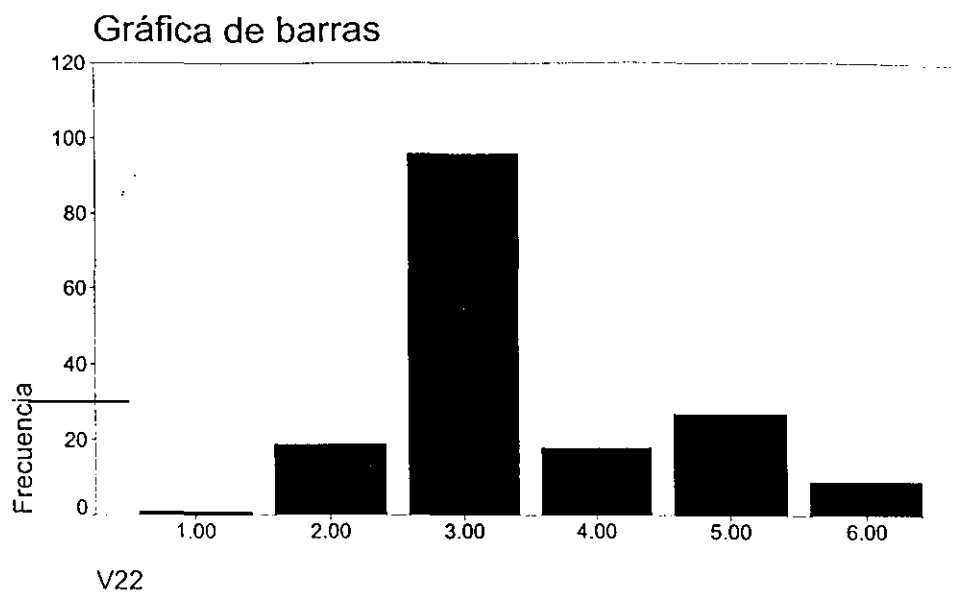


V18

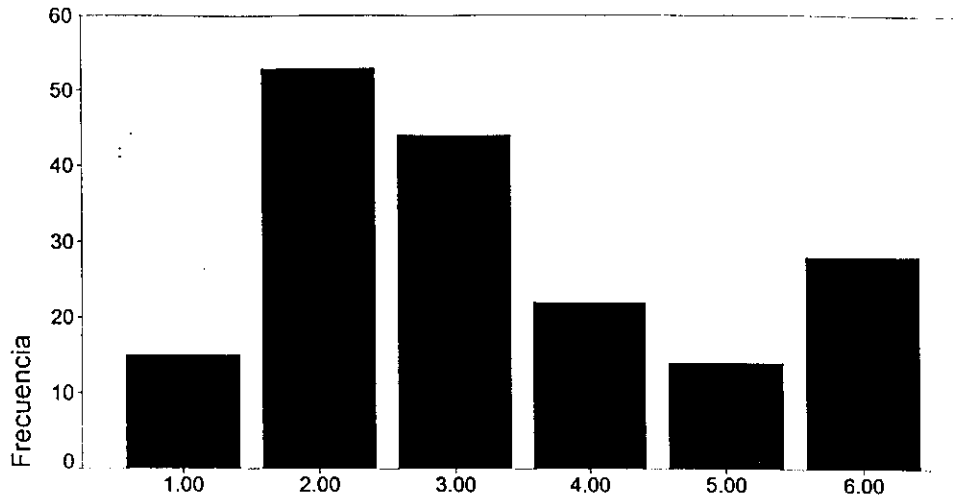


V19



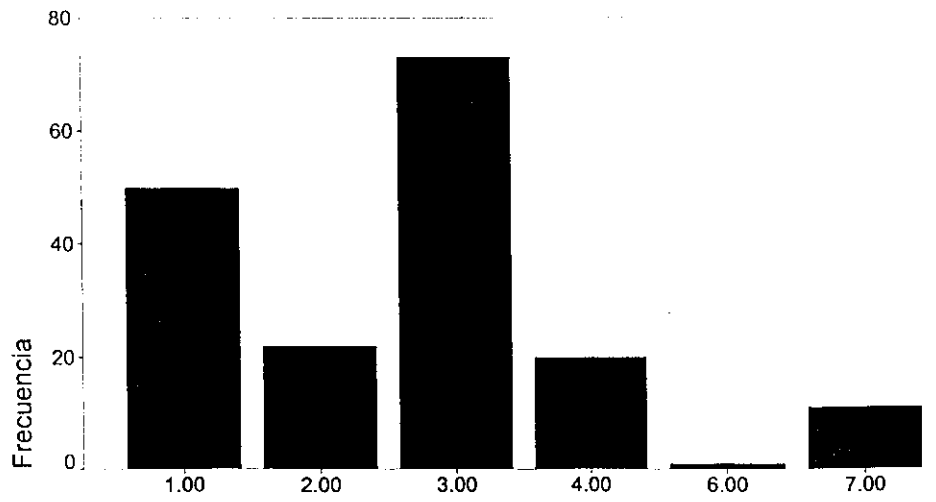


Gráfica de barras

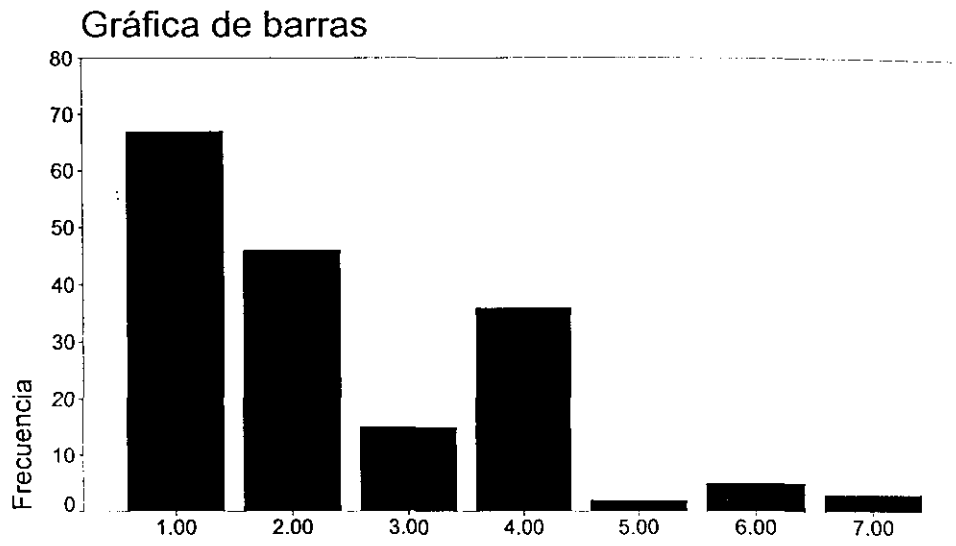


V24

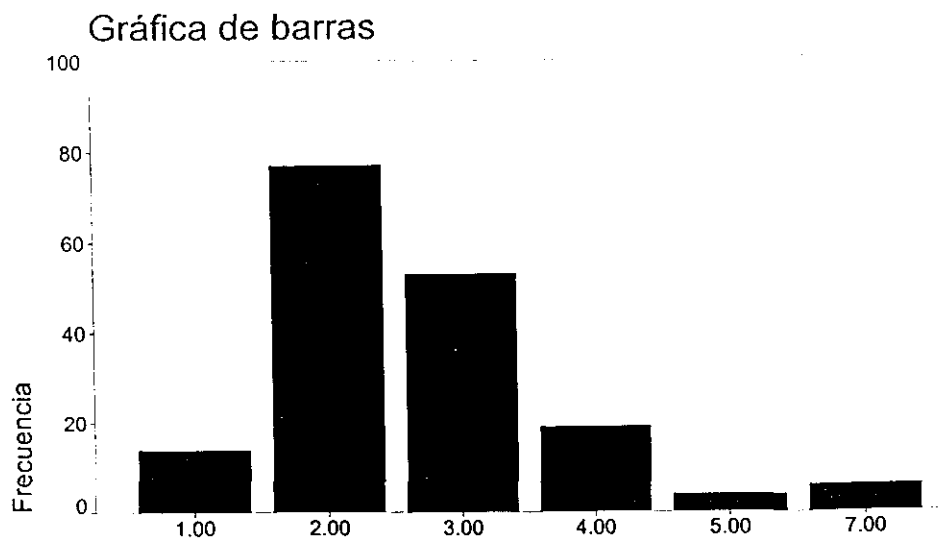
Gráfica de barras



V25

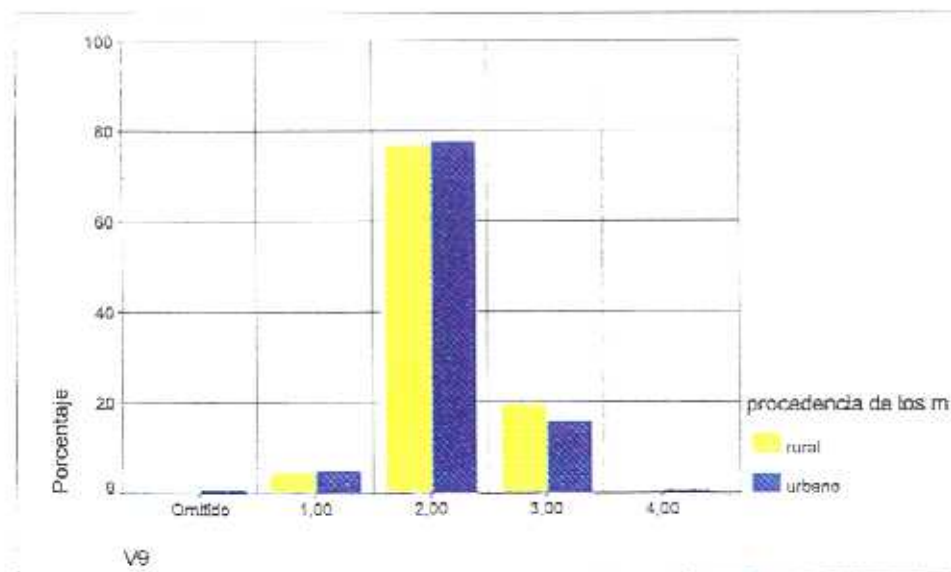
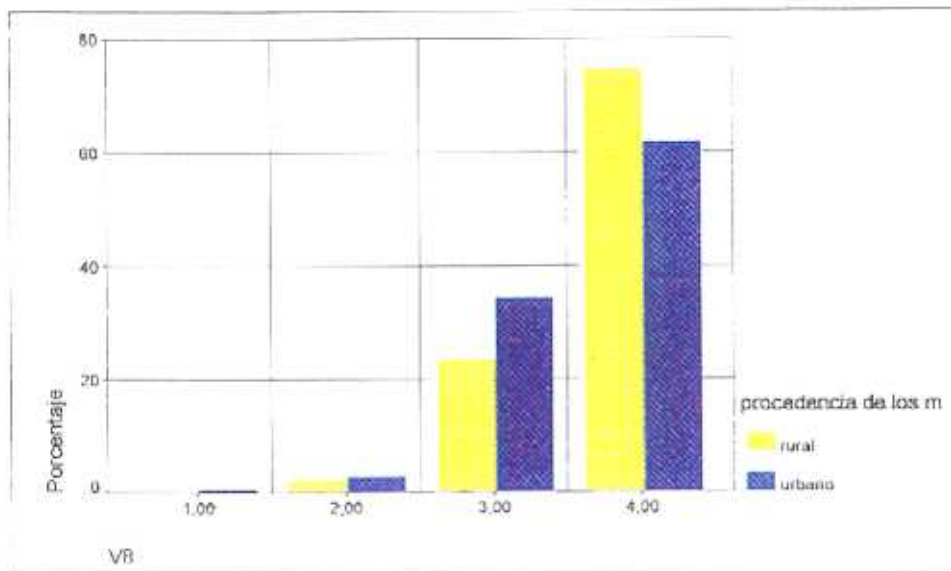


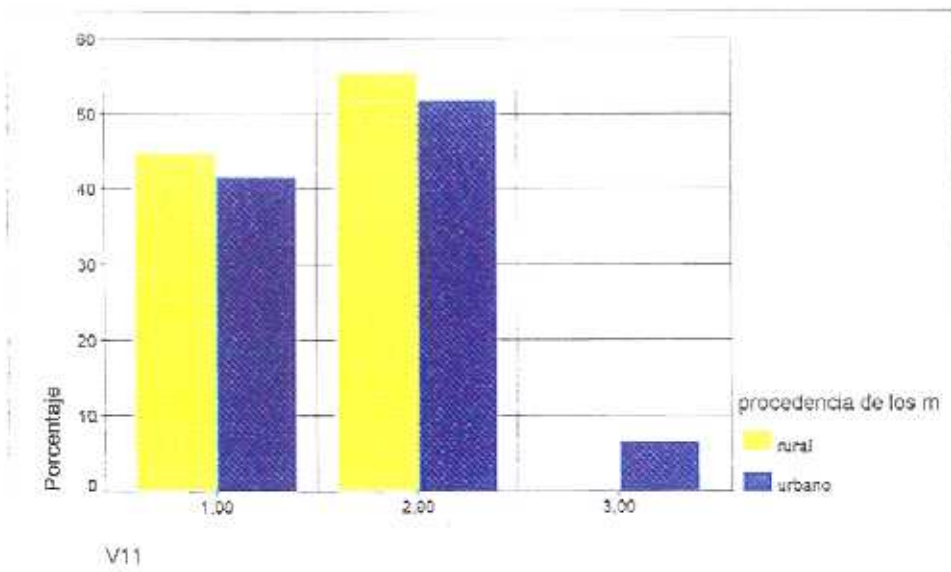
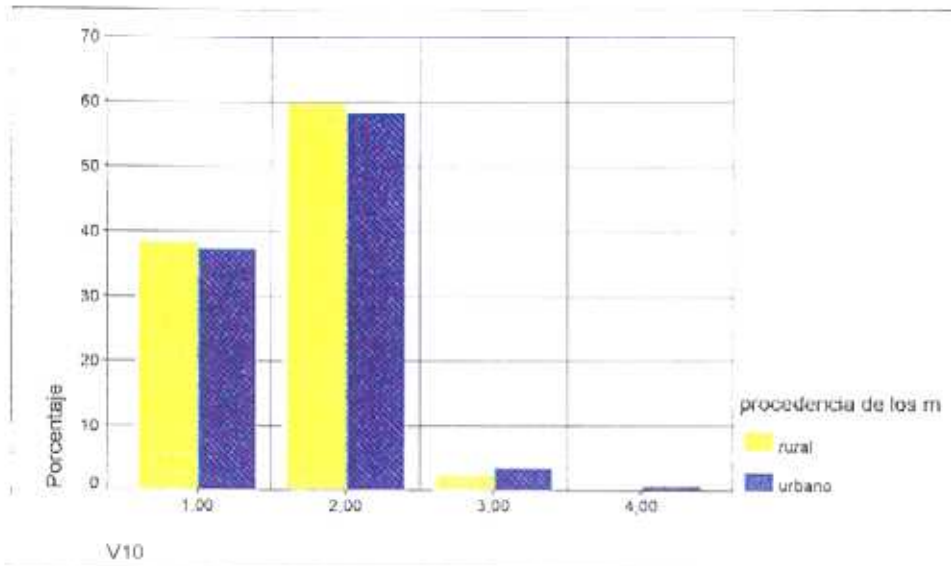
V26

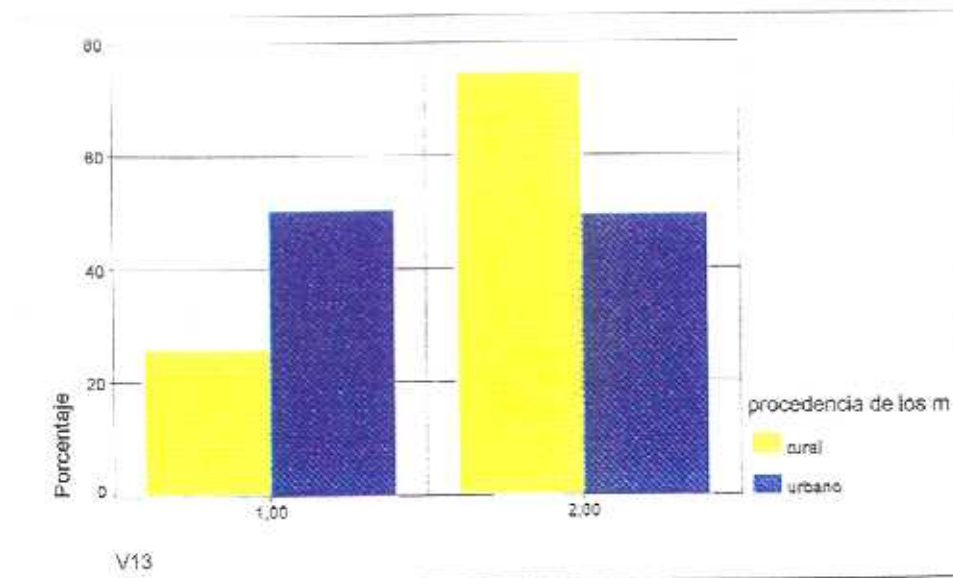
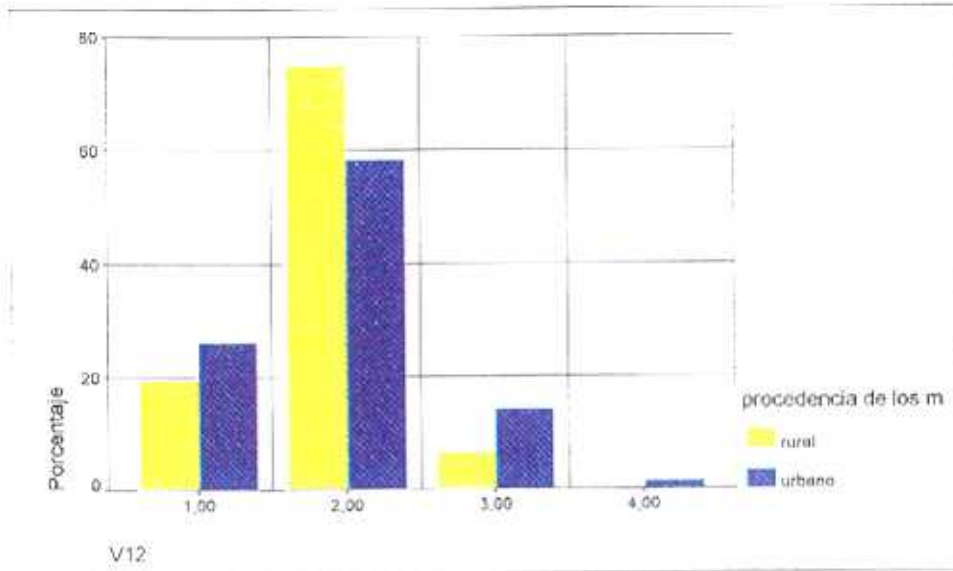


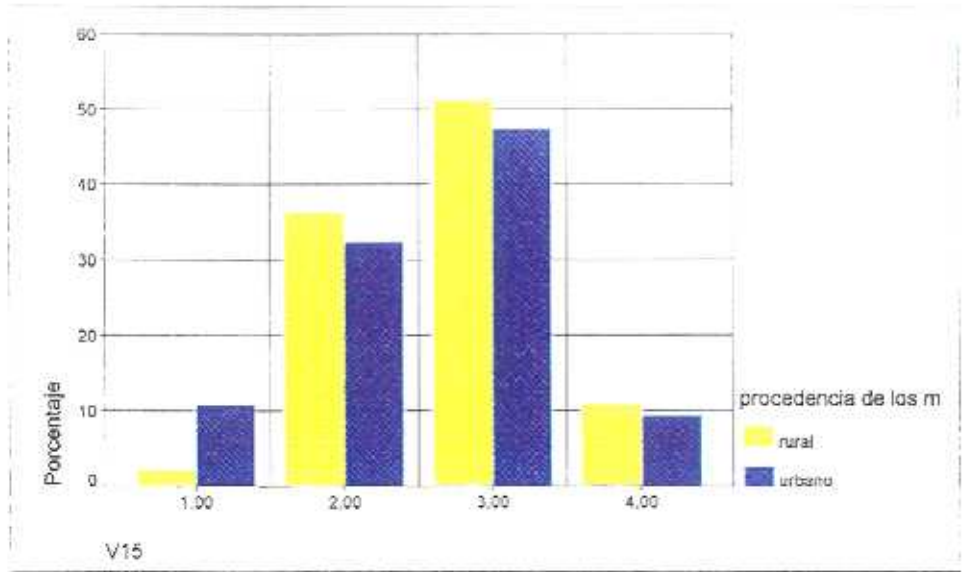
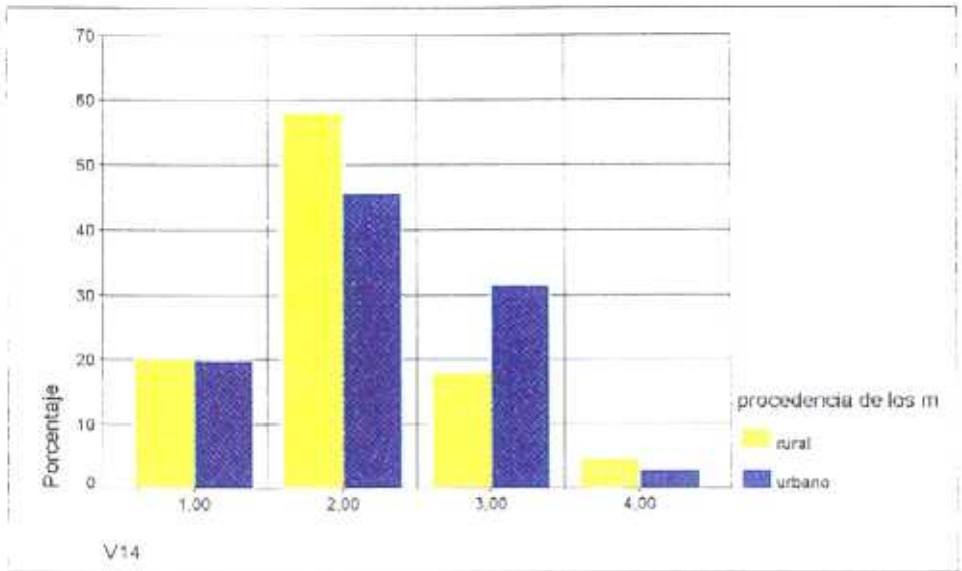
V27

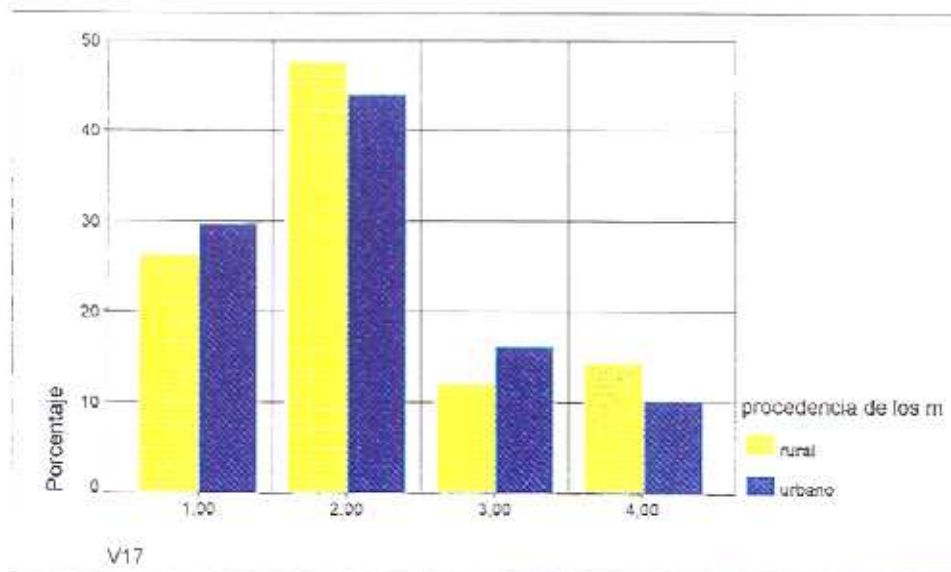
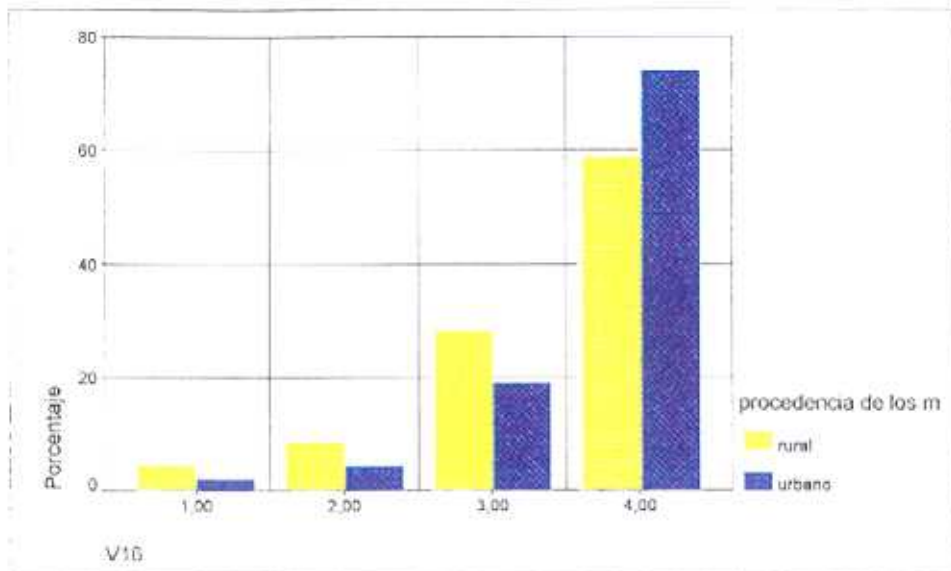
ANEXO IX

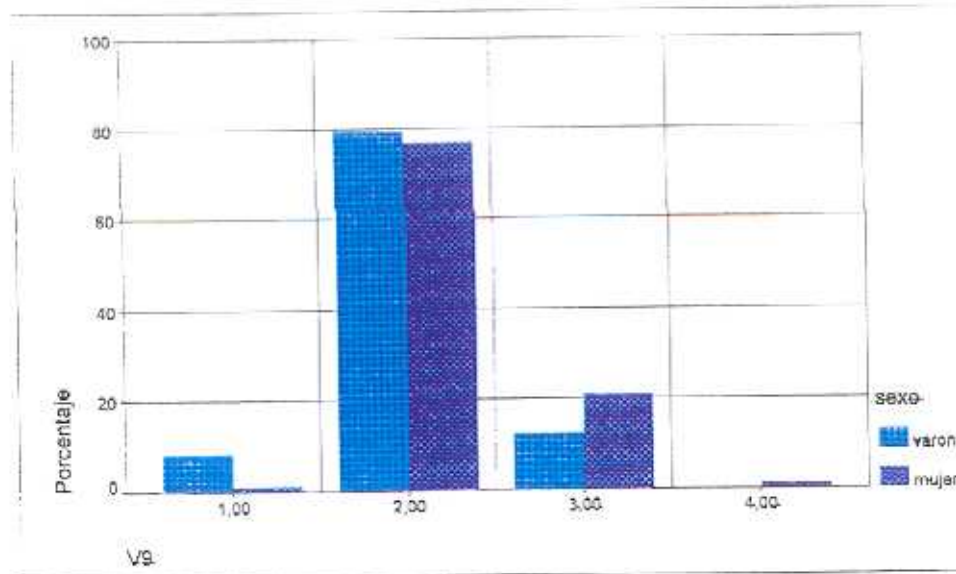
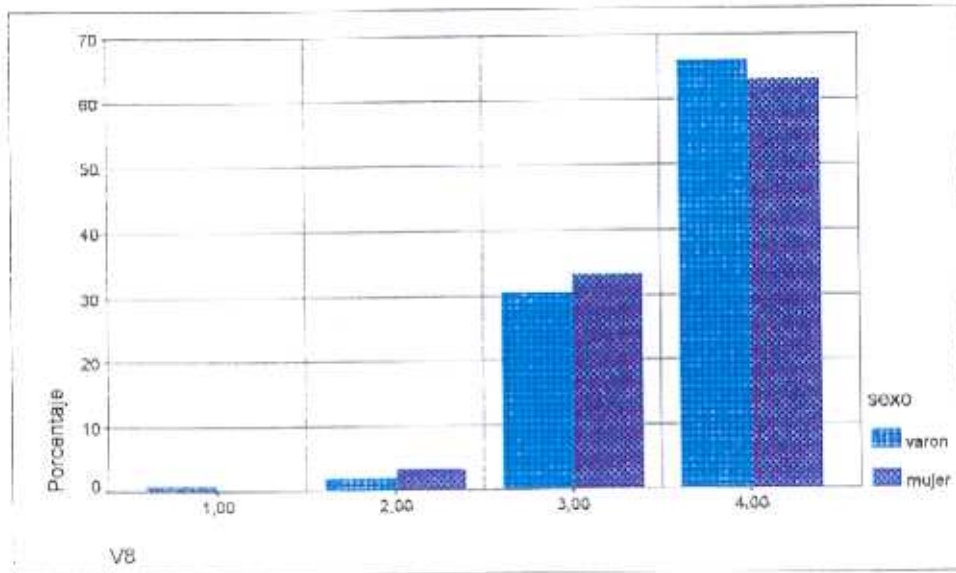


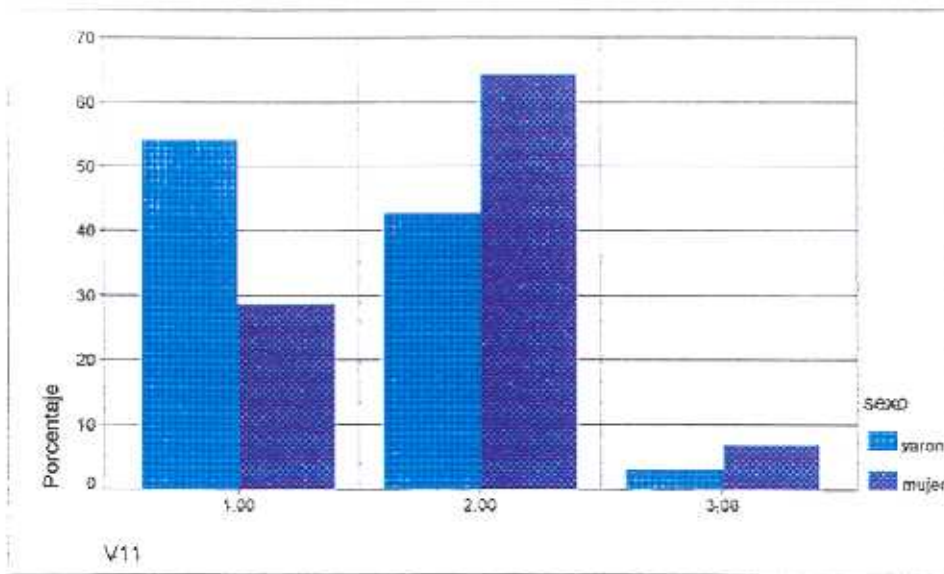
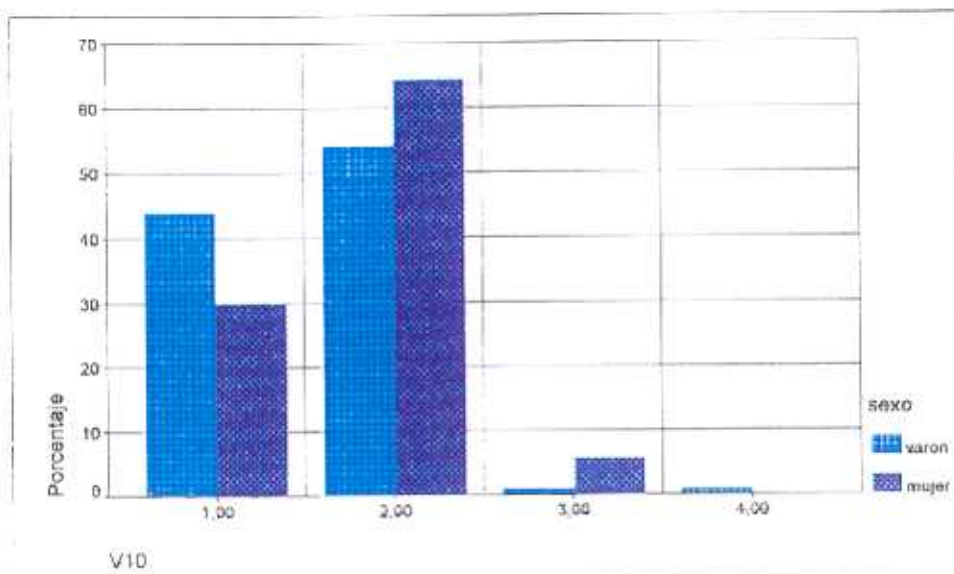


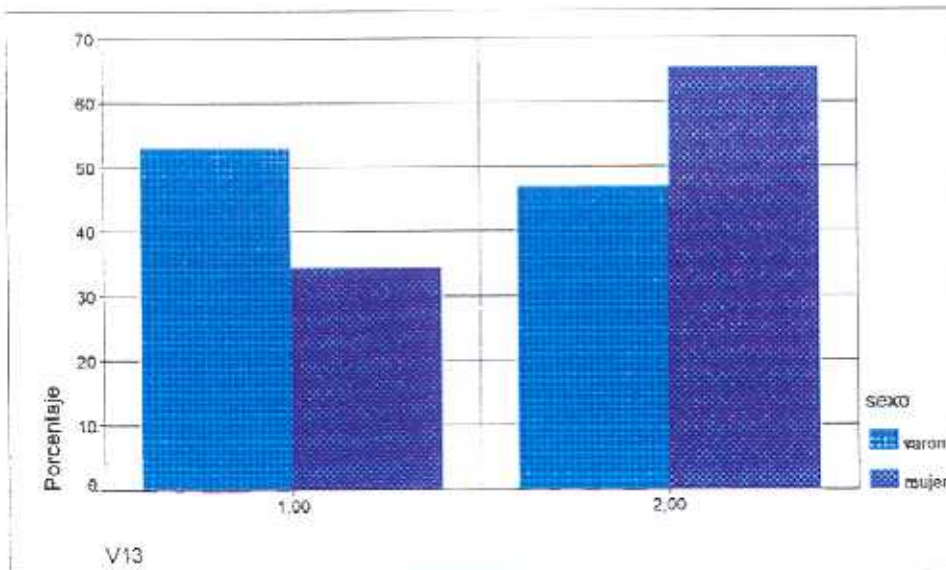
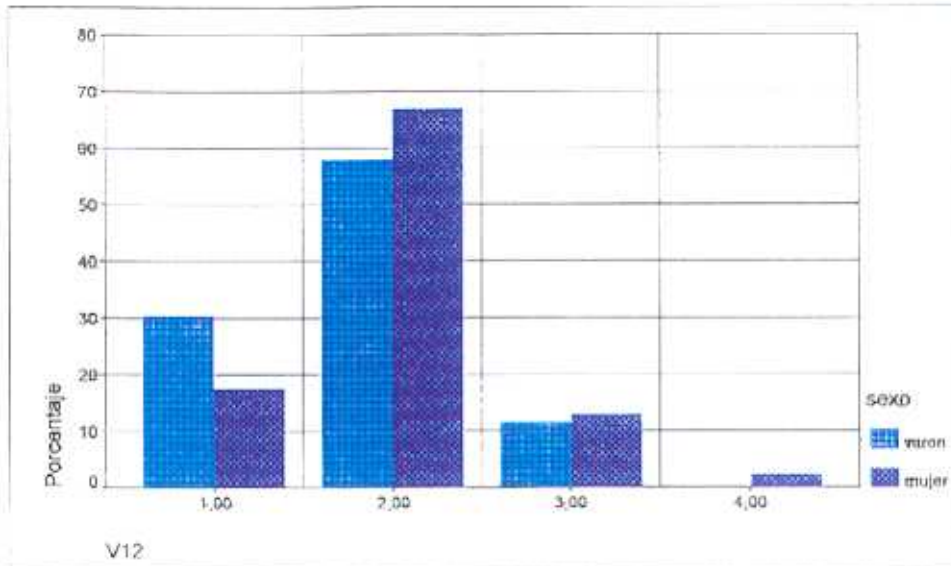


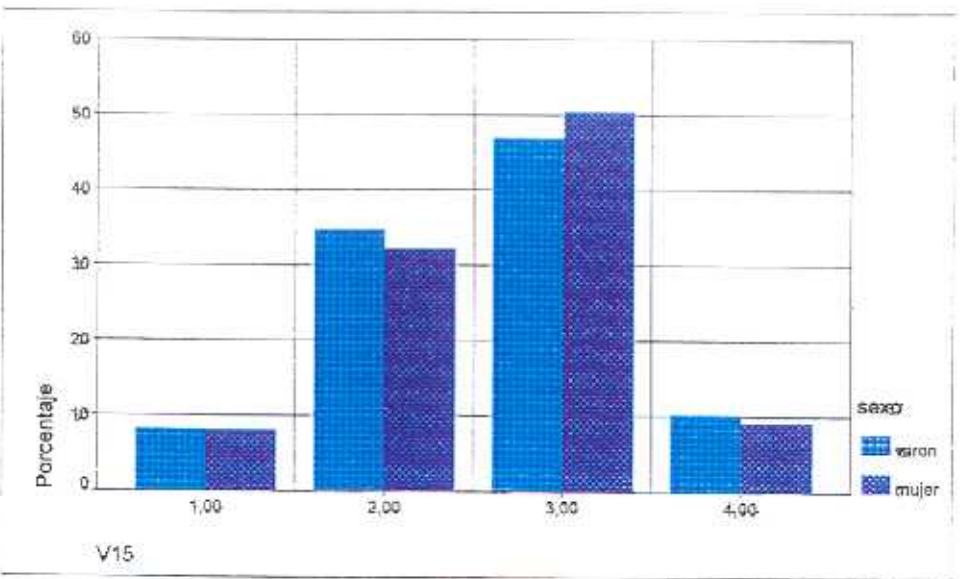
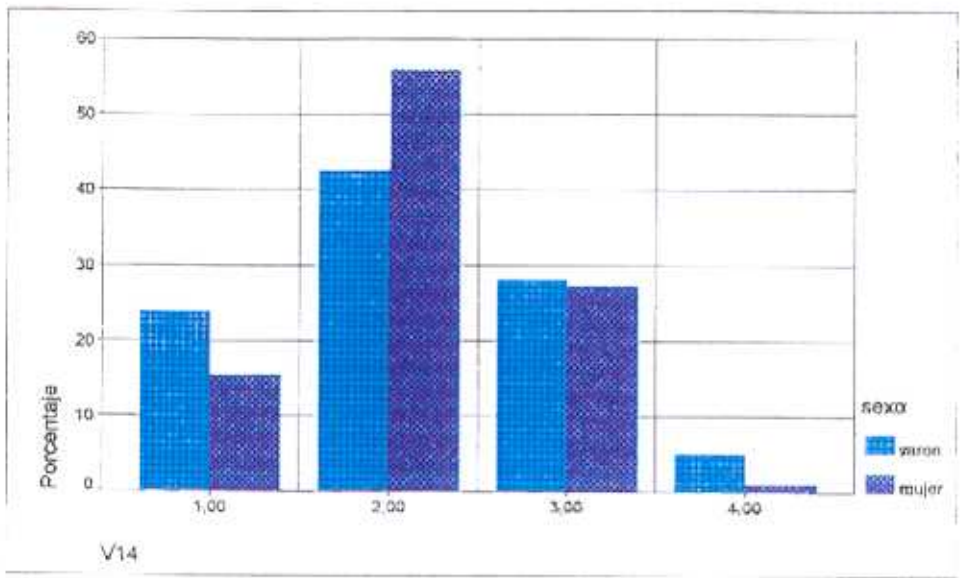


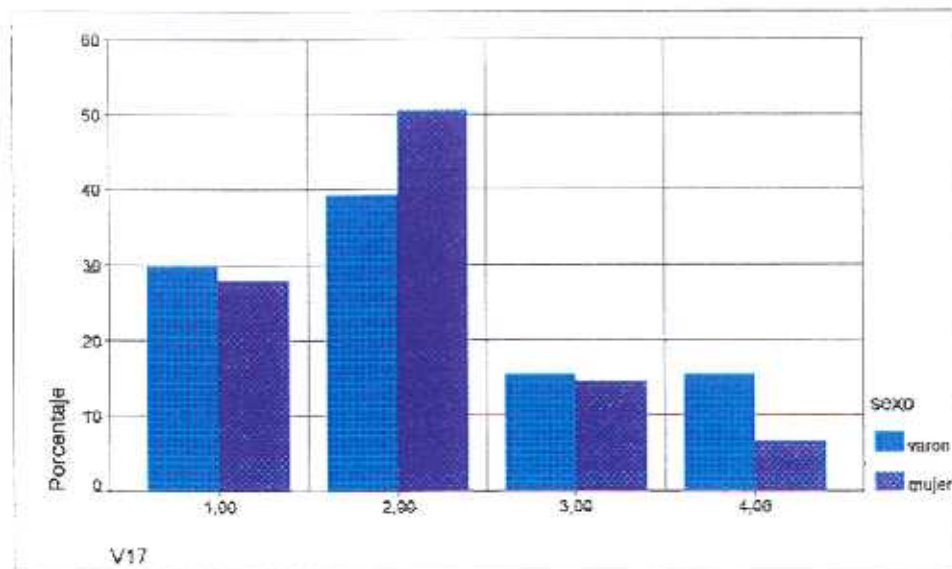
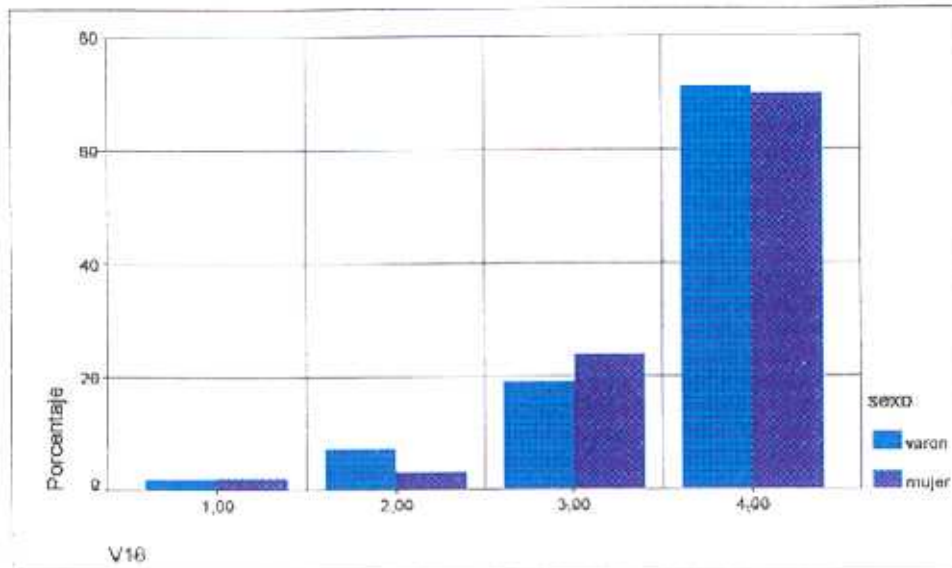


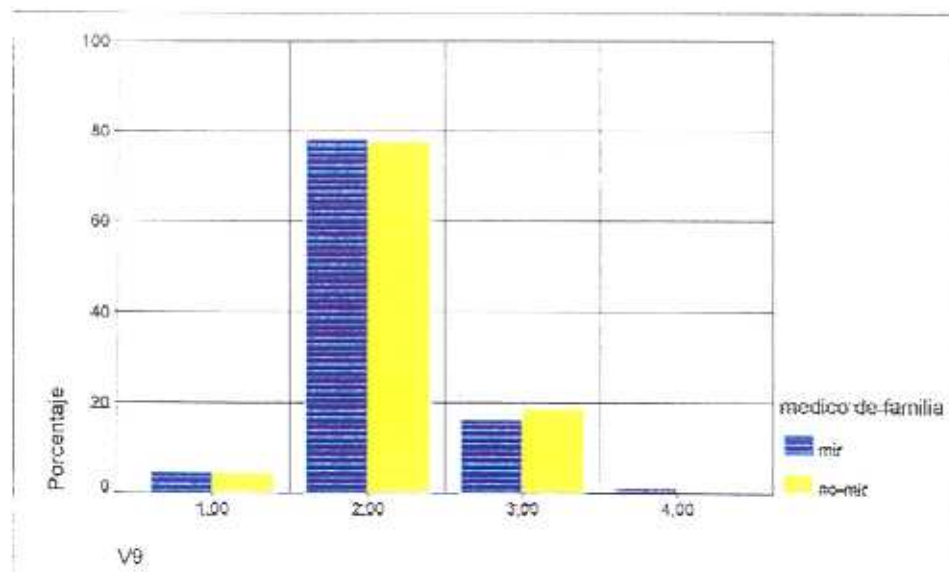
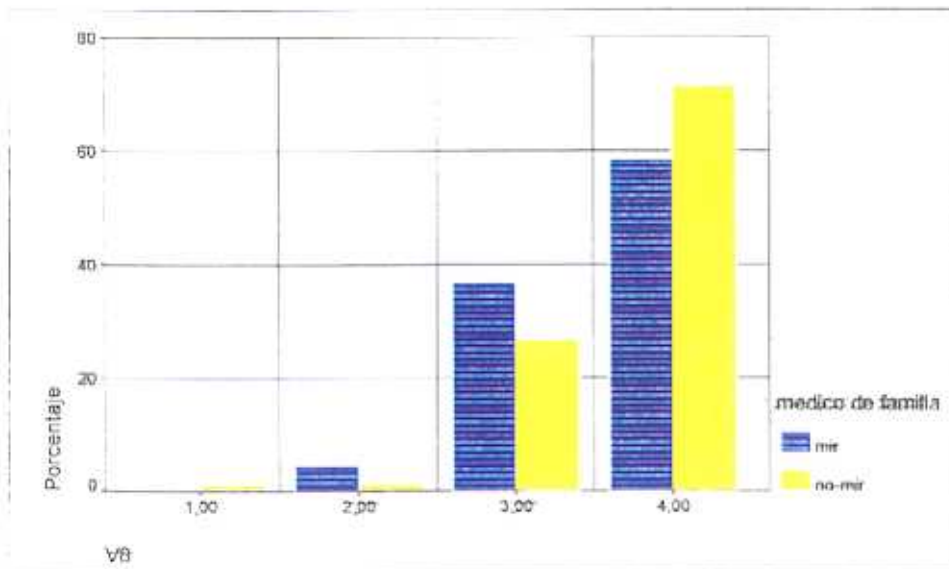


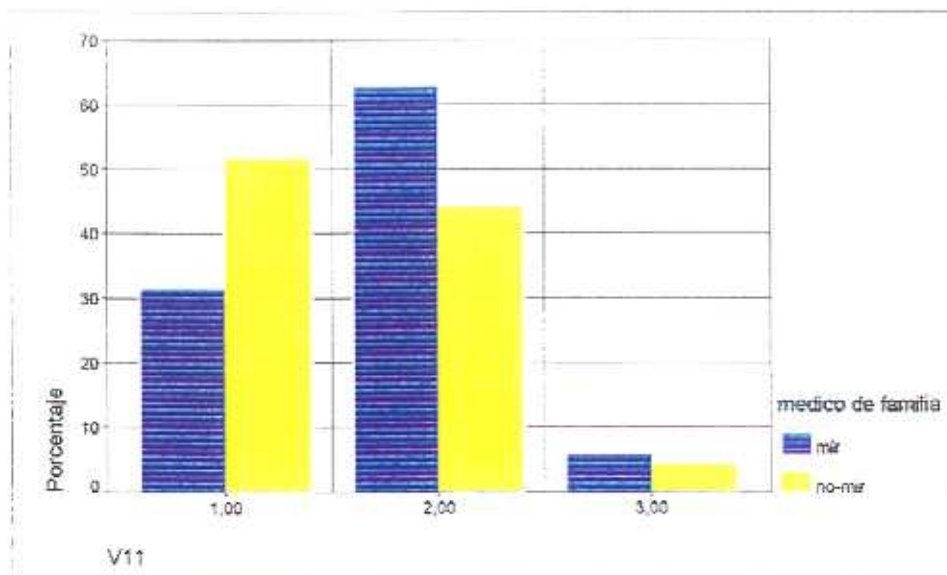
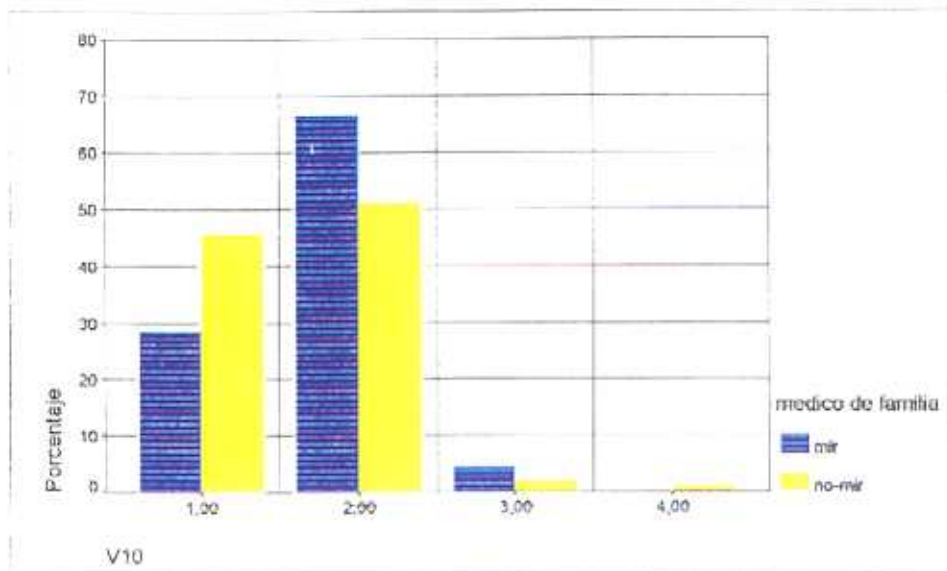


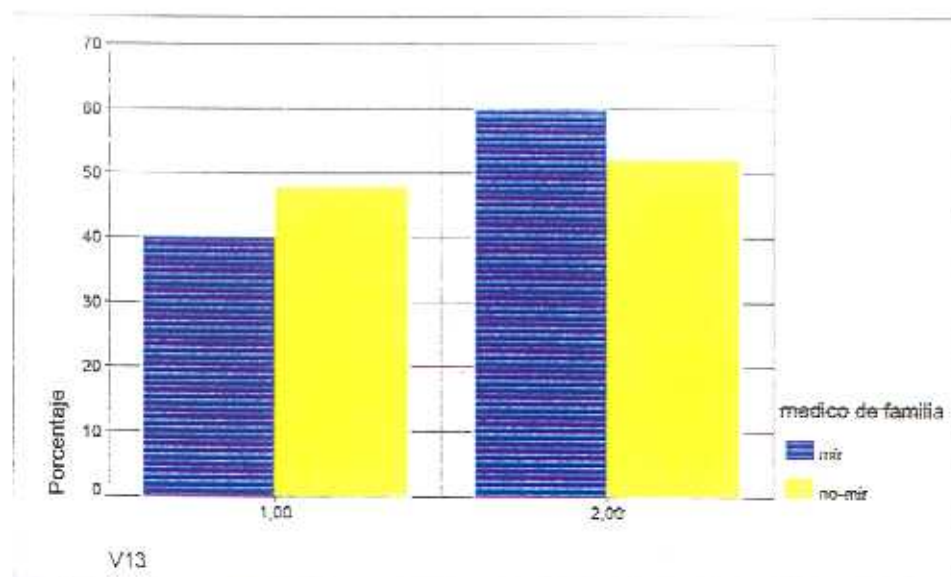
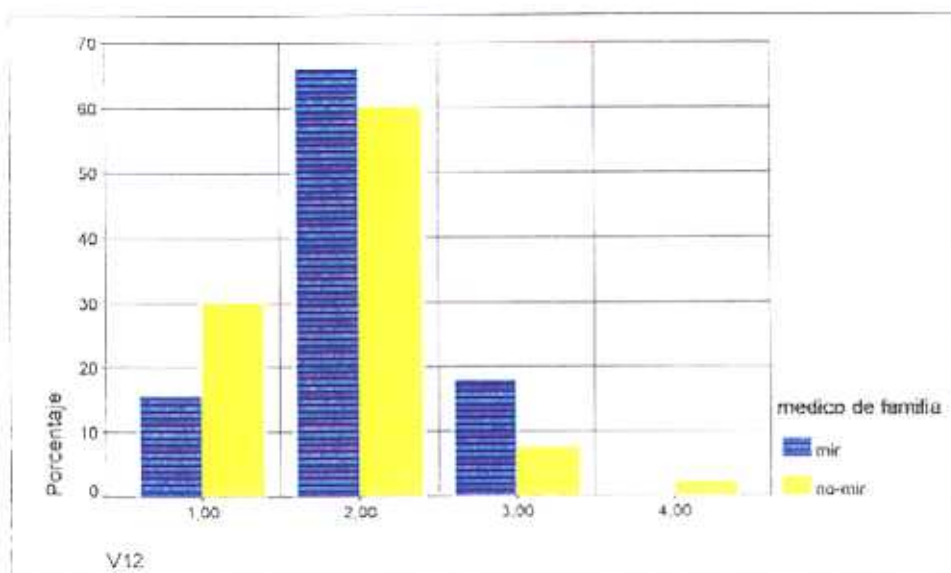


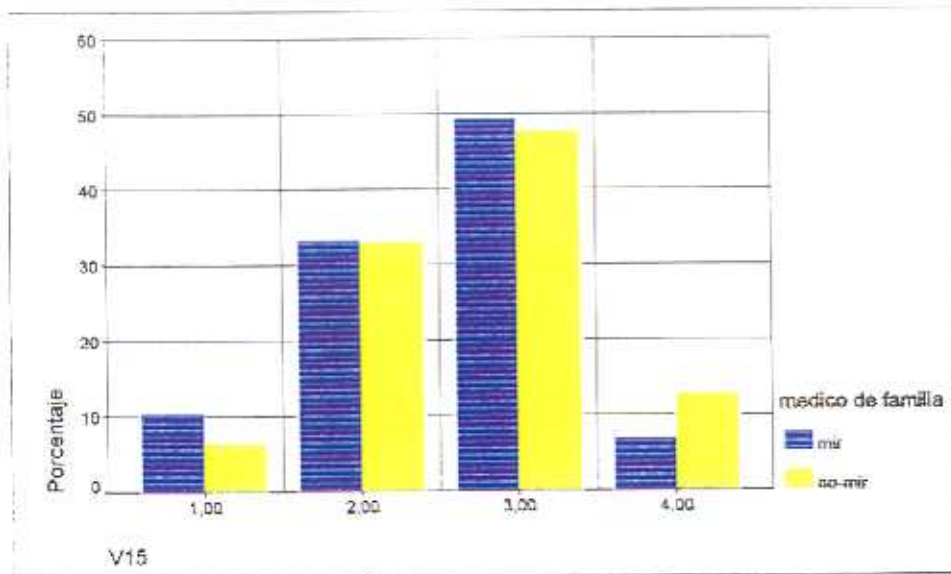
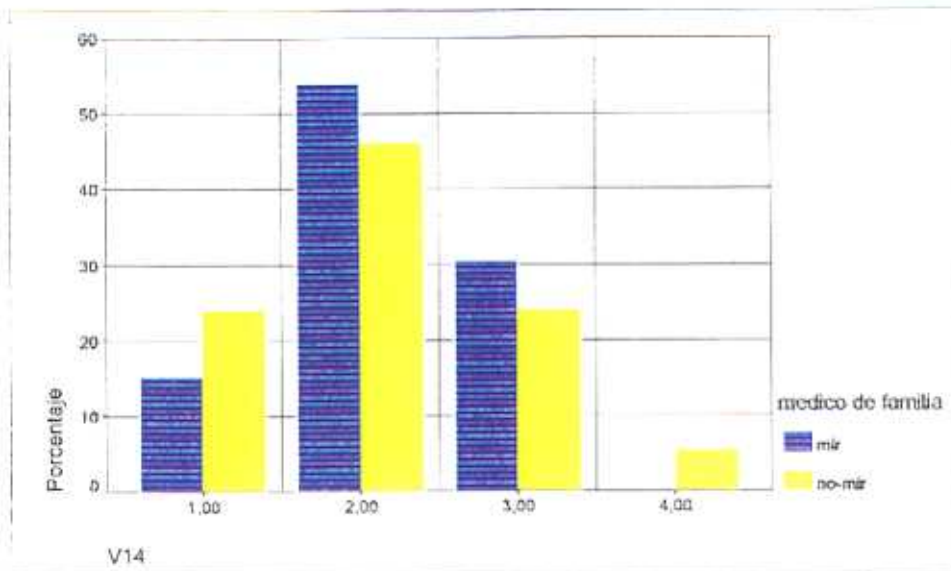


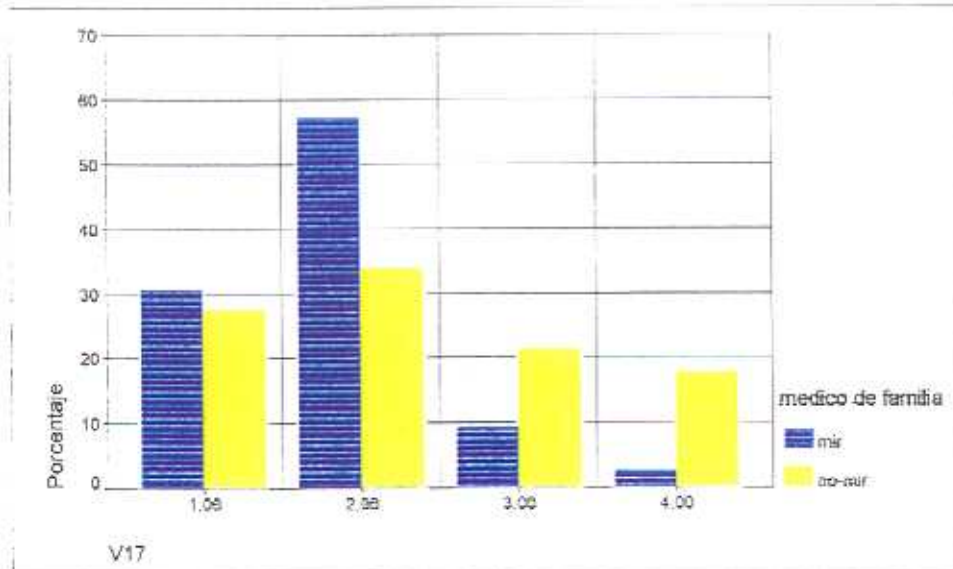
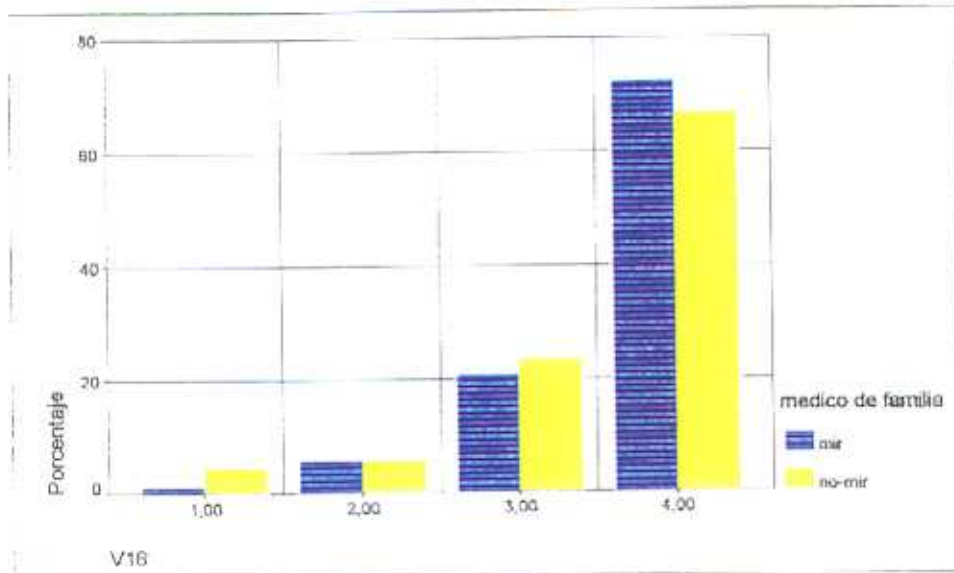


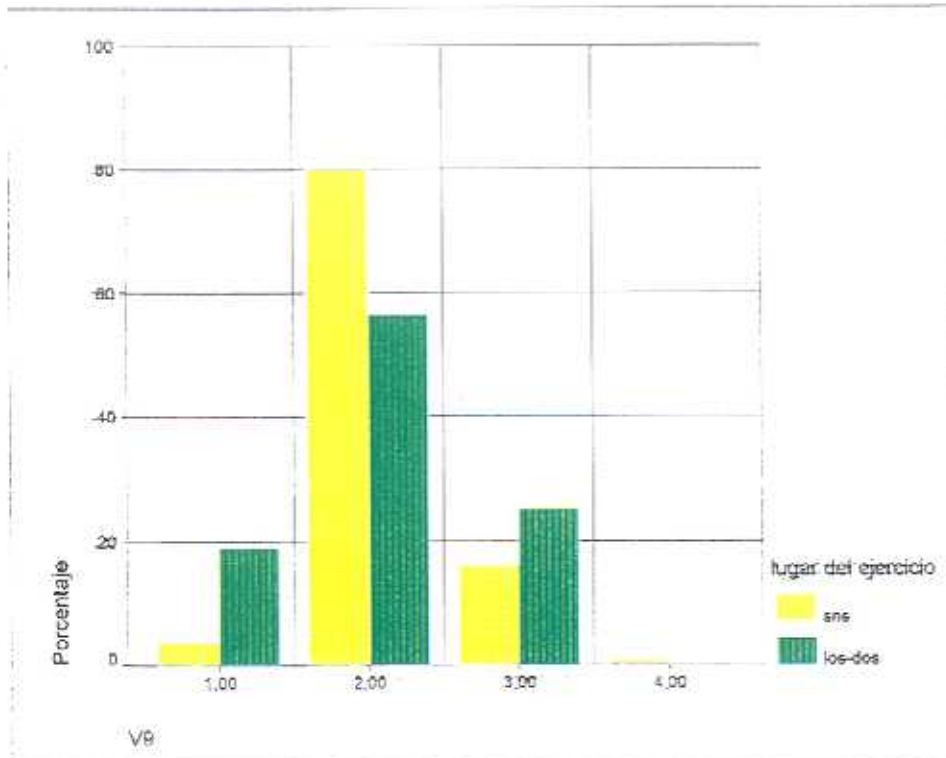
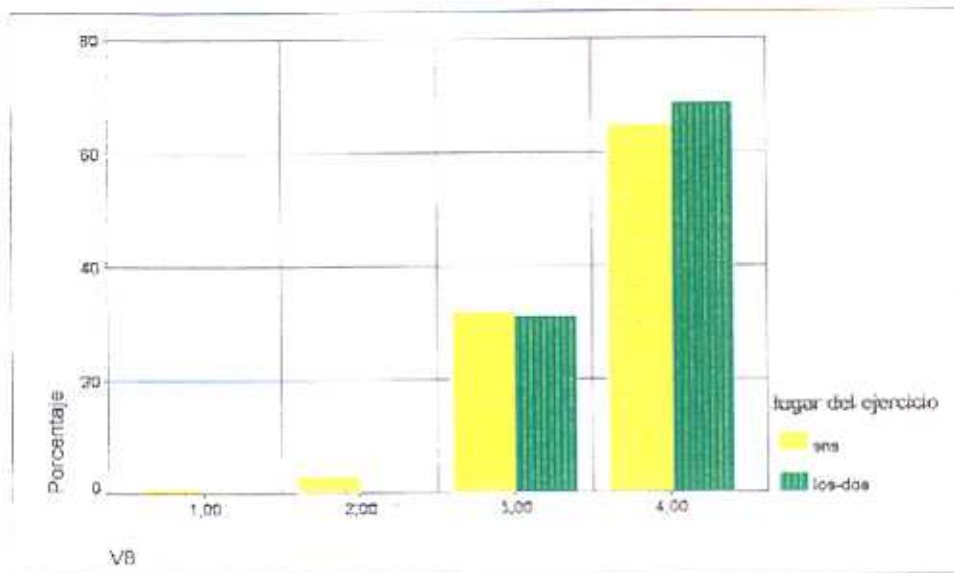


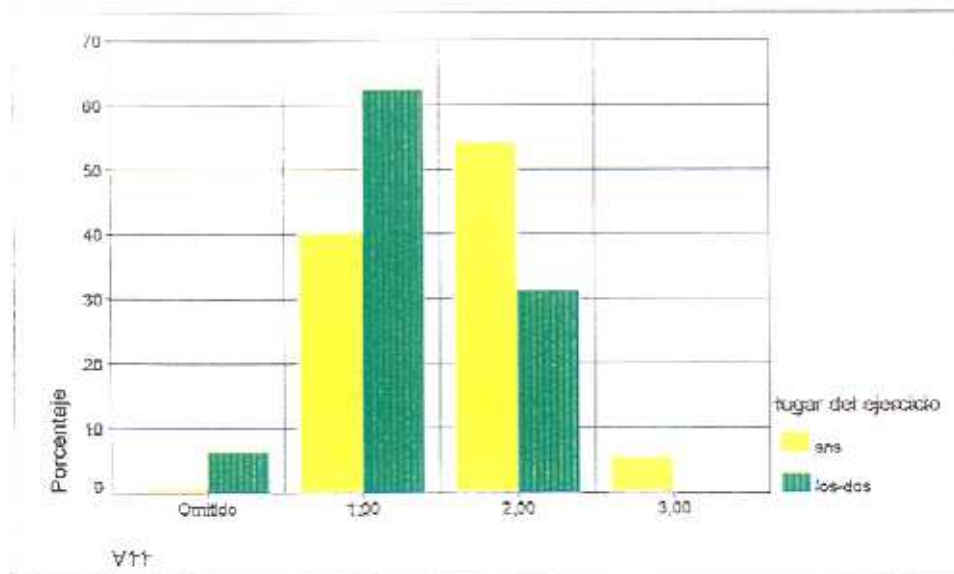
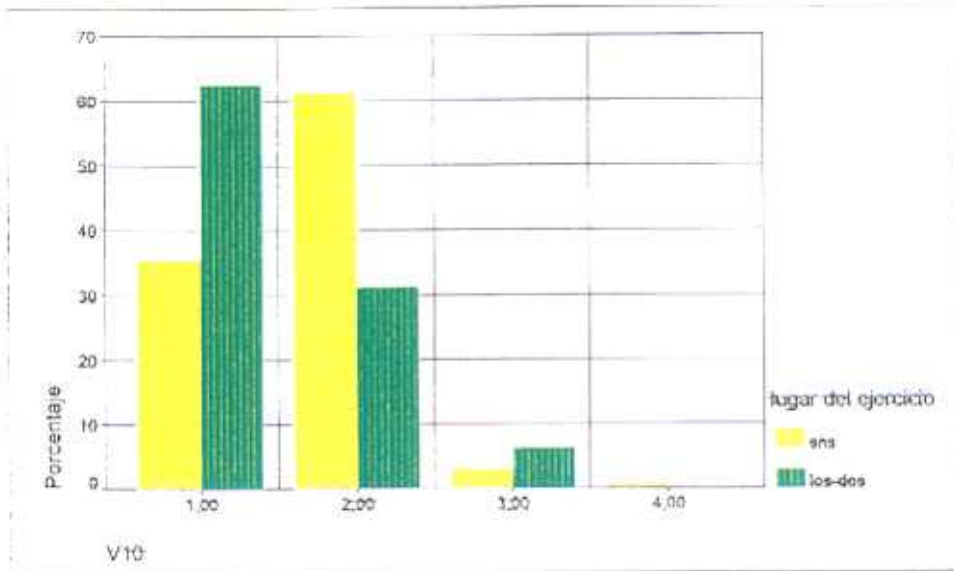


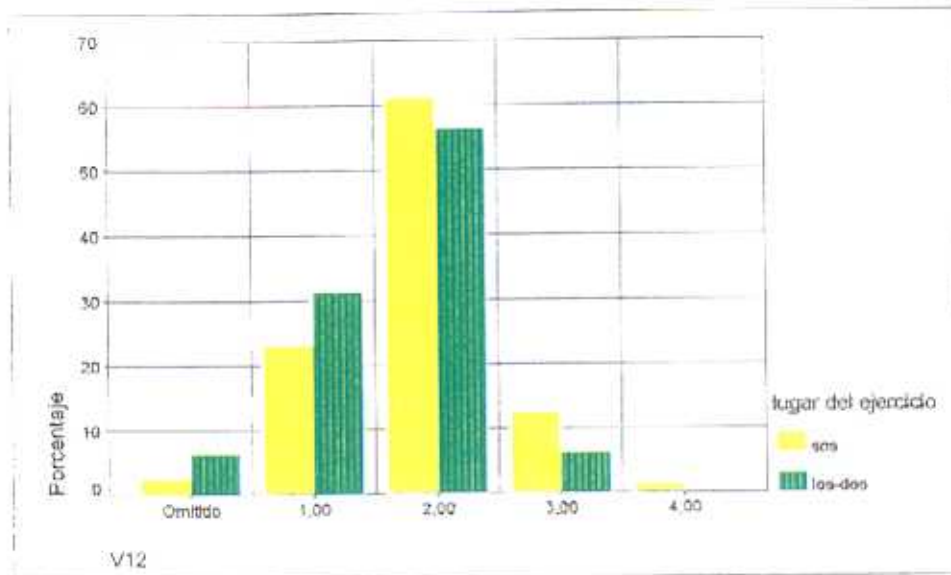




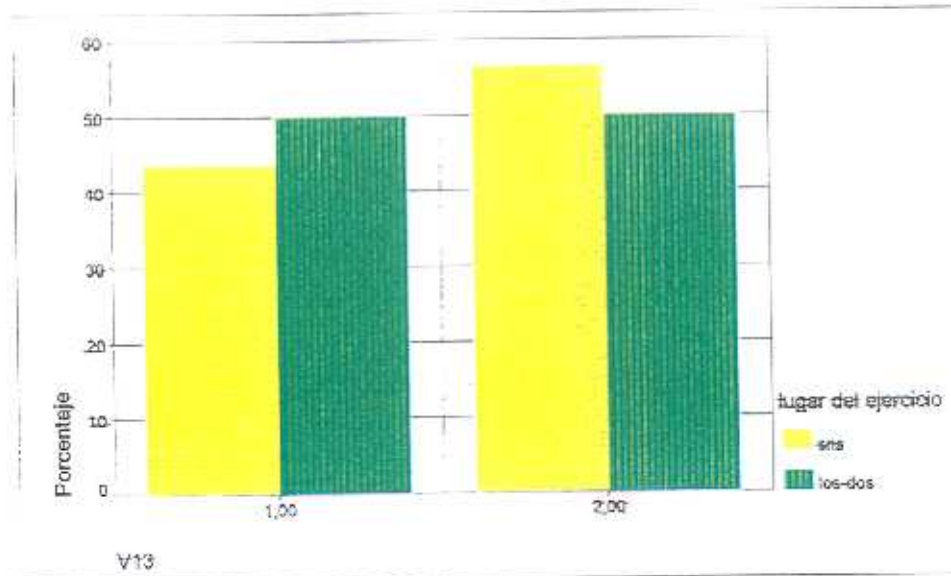




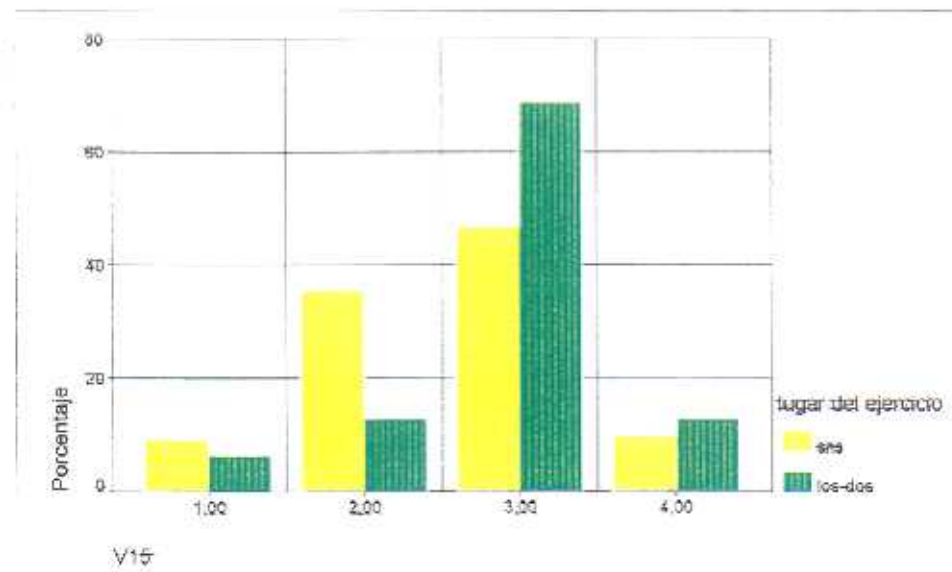
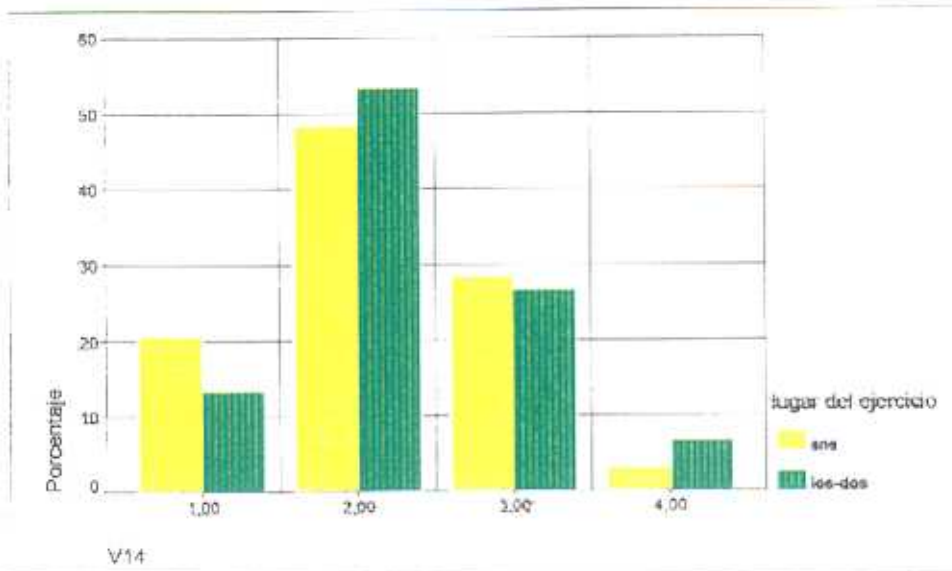


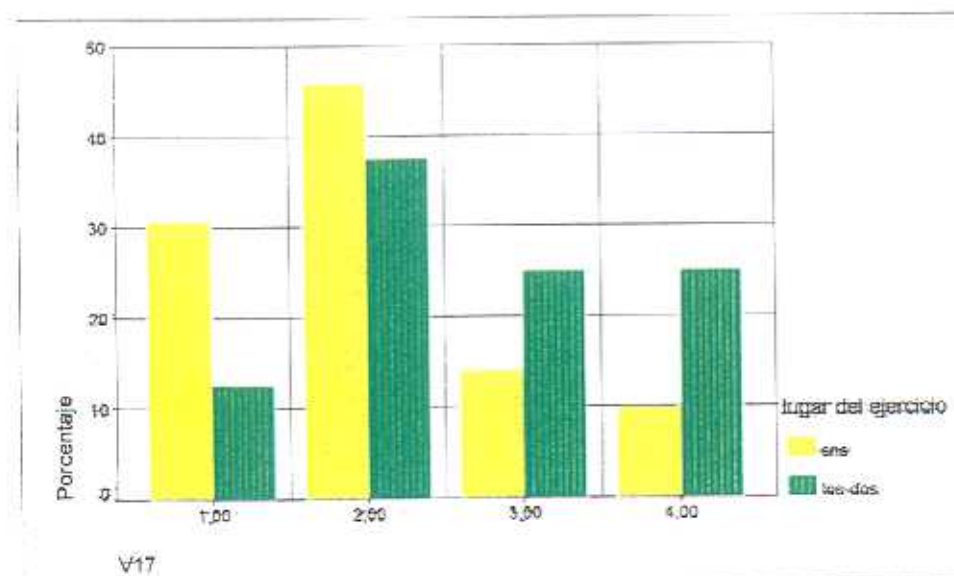
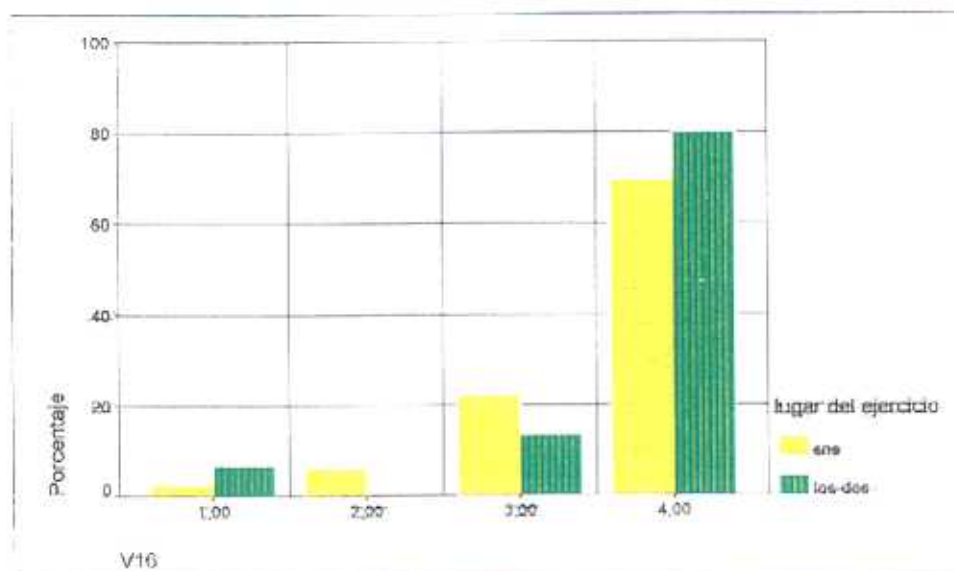


V12

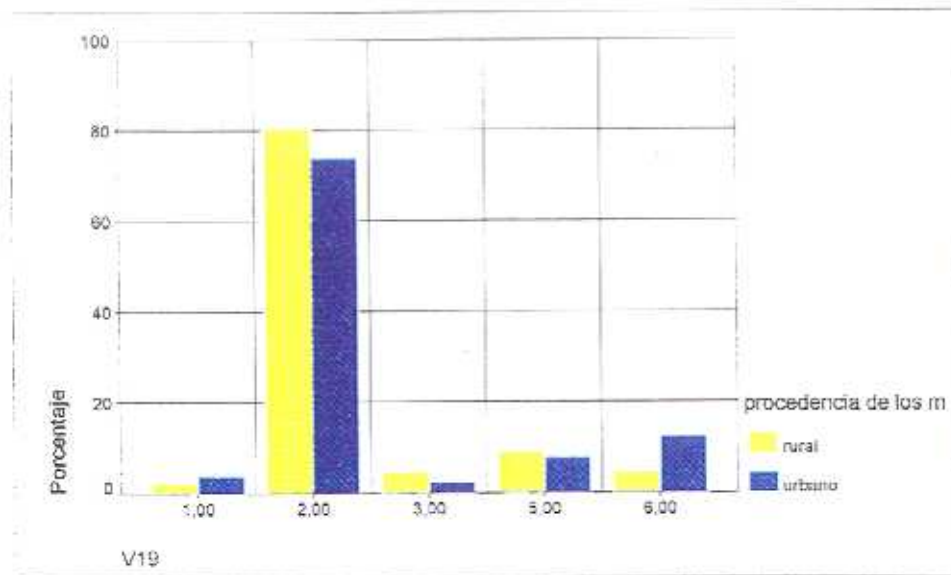
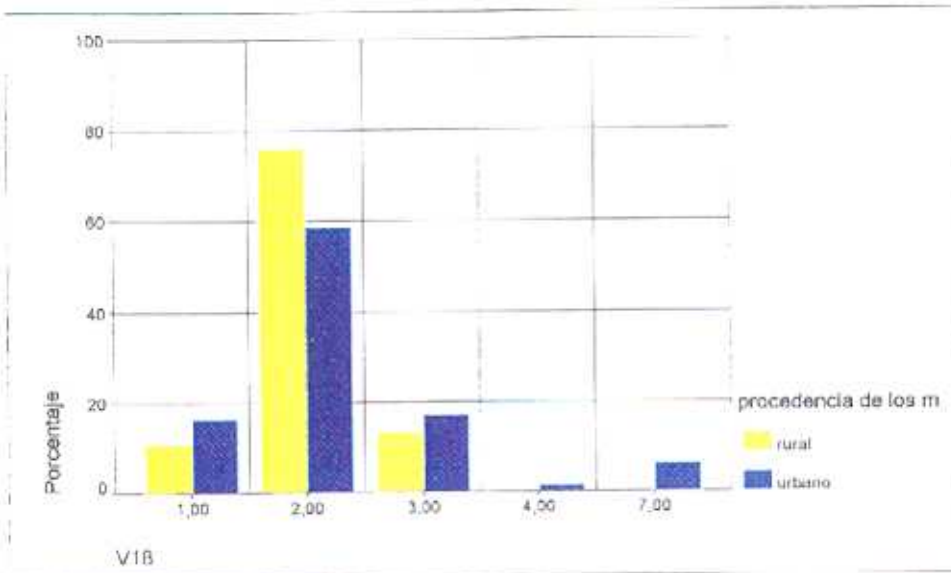


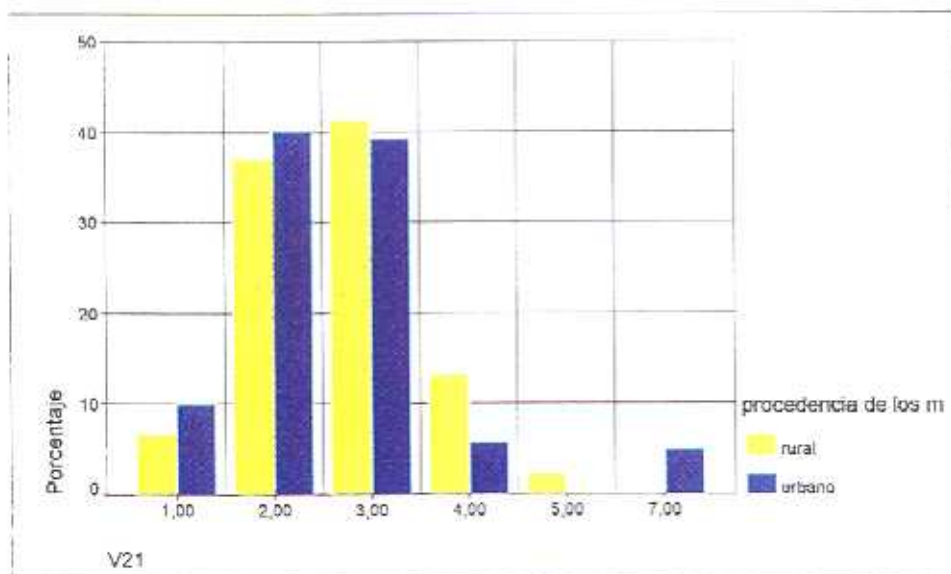
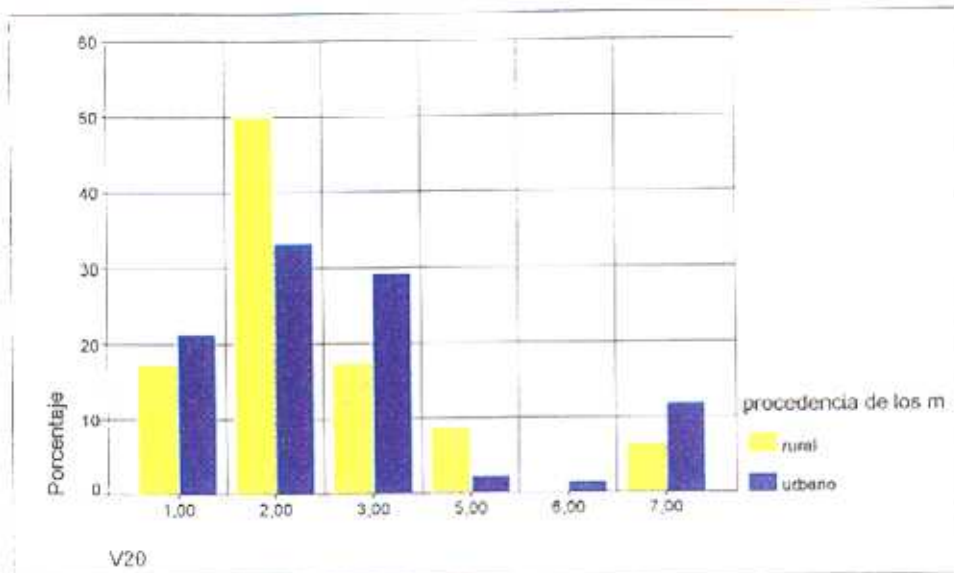
V13

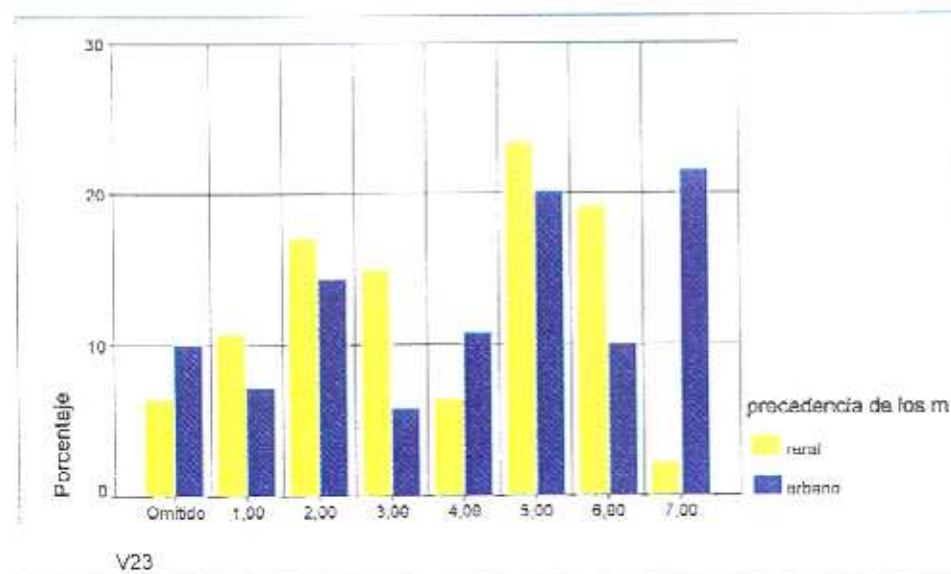
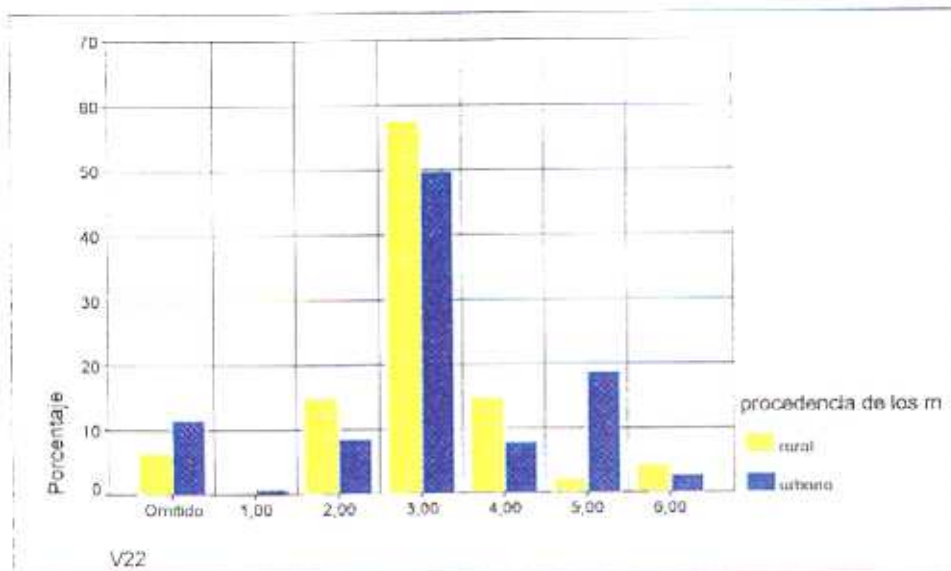


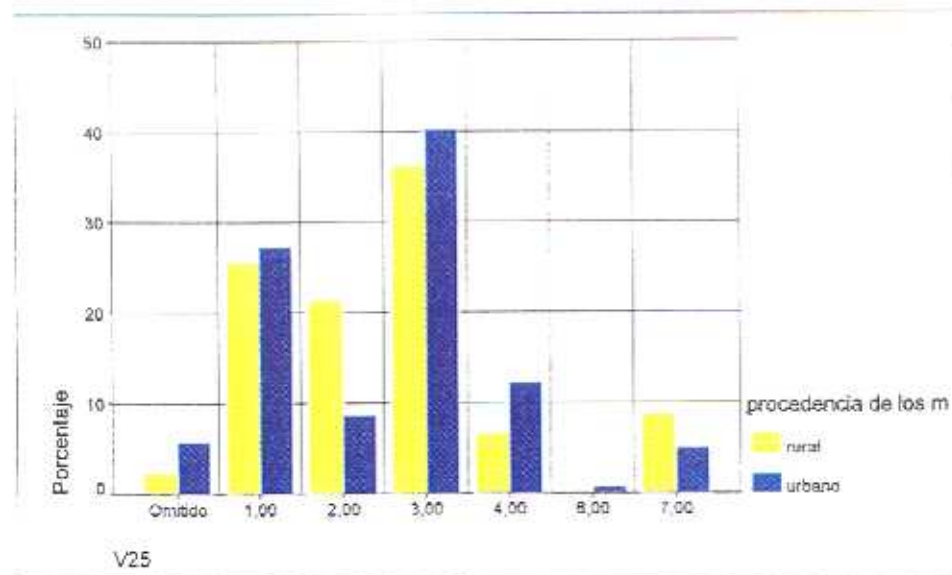
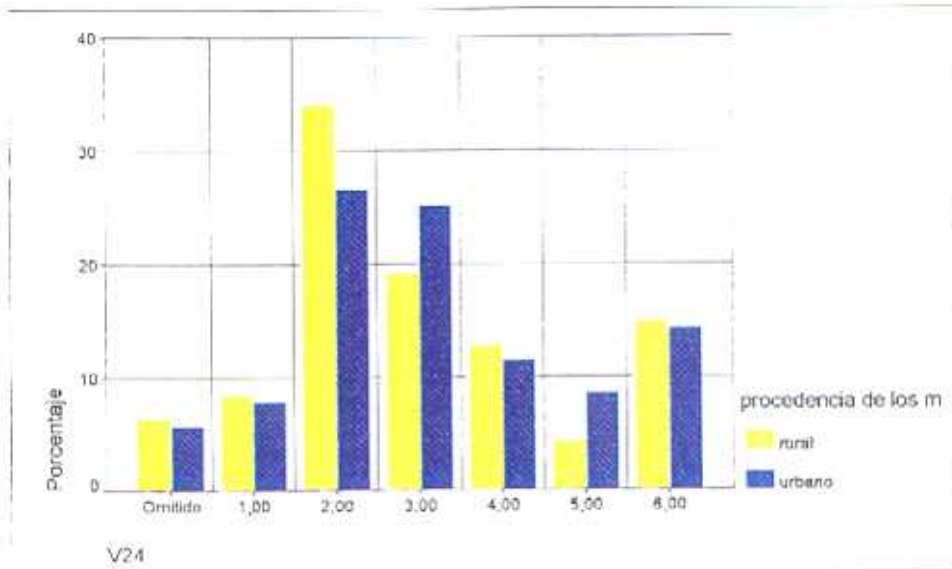


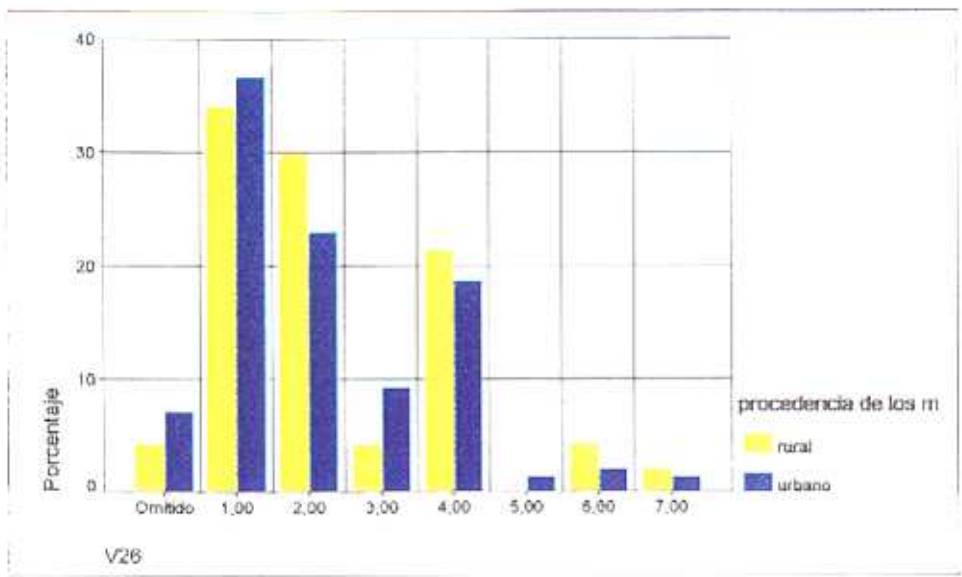
ANEXO X



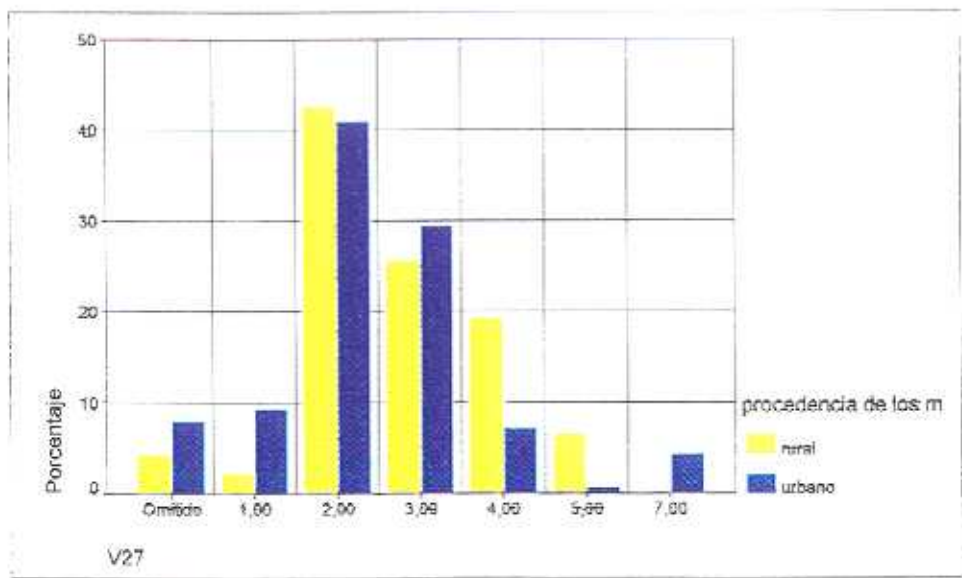




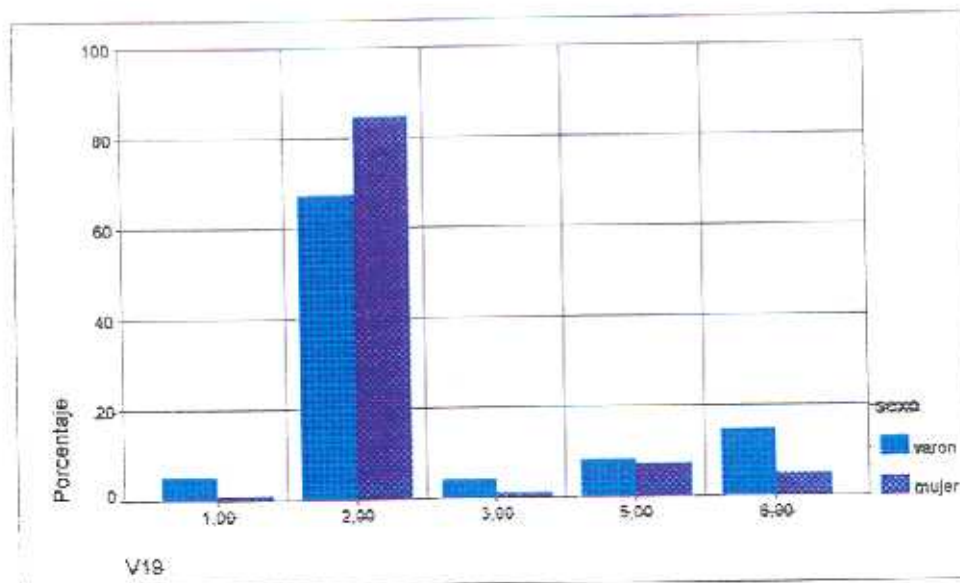
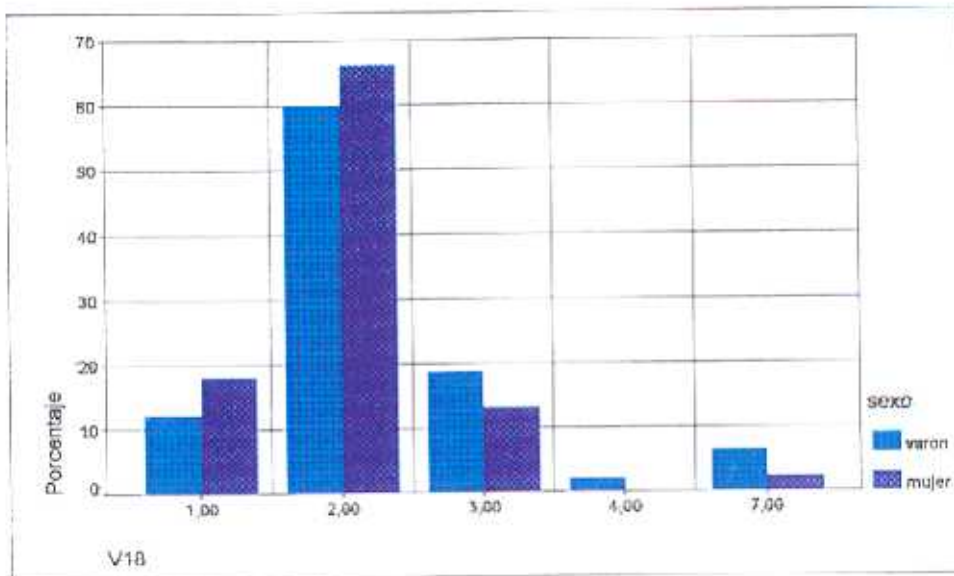


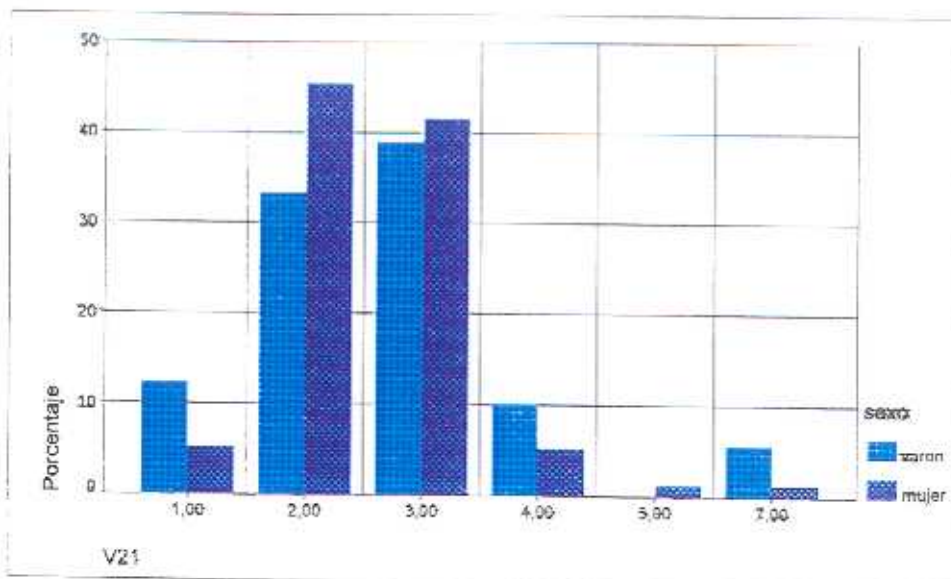
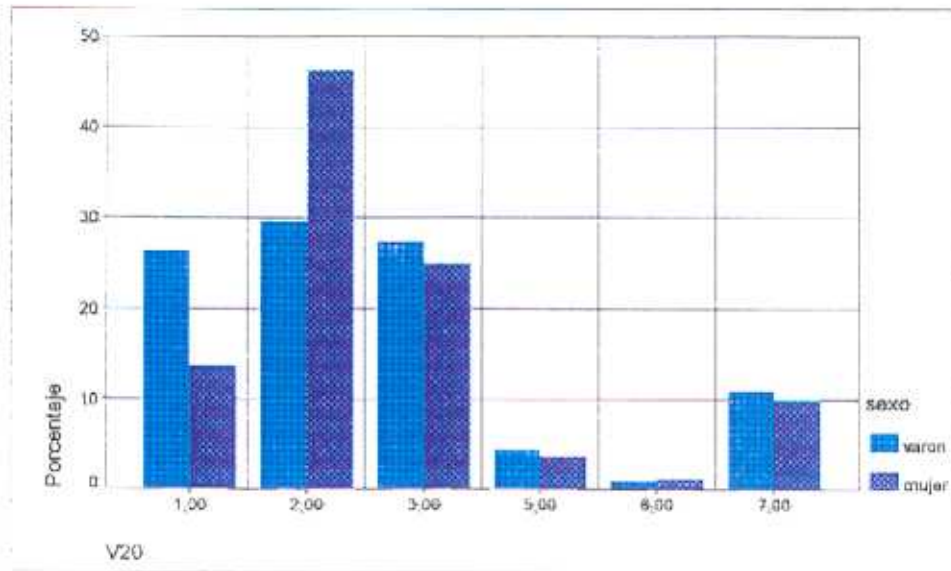


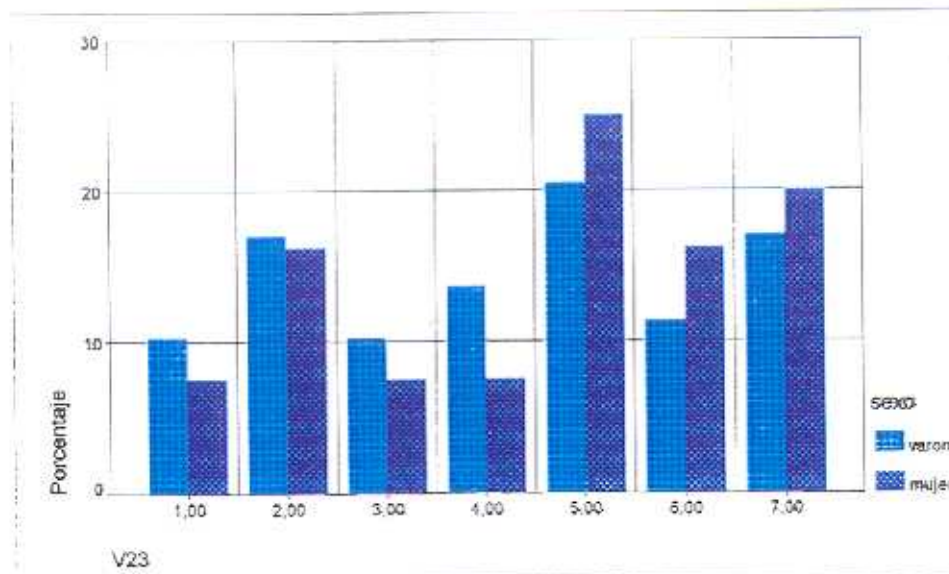
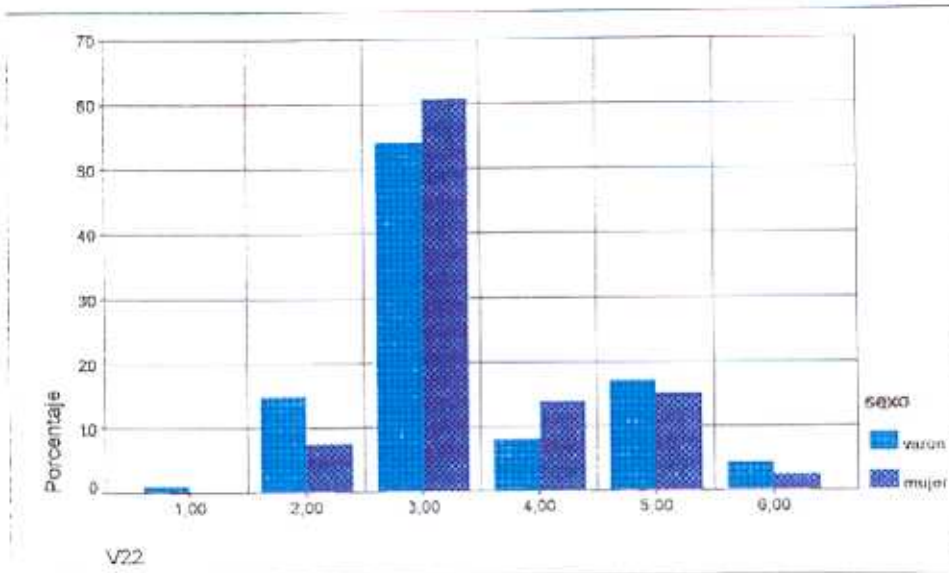
V26

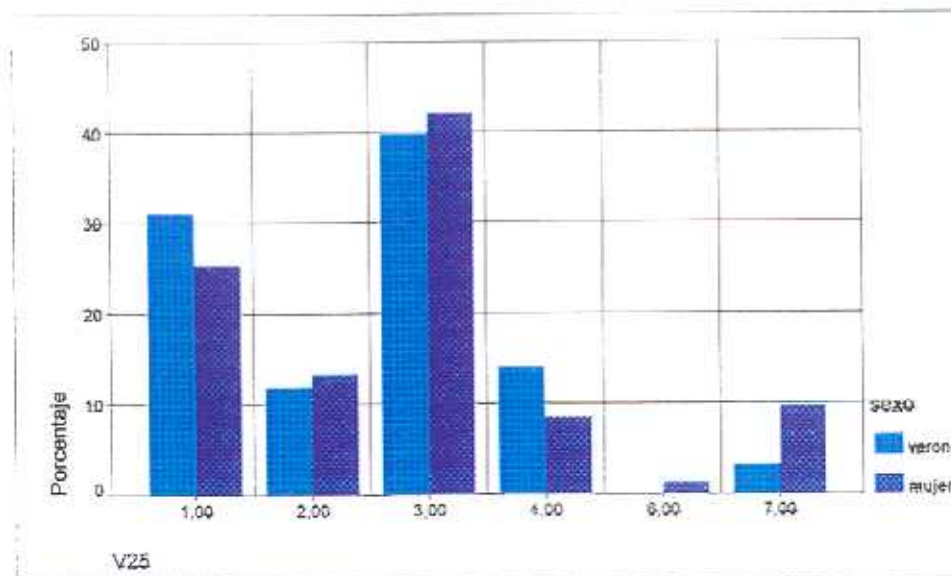
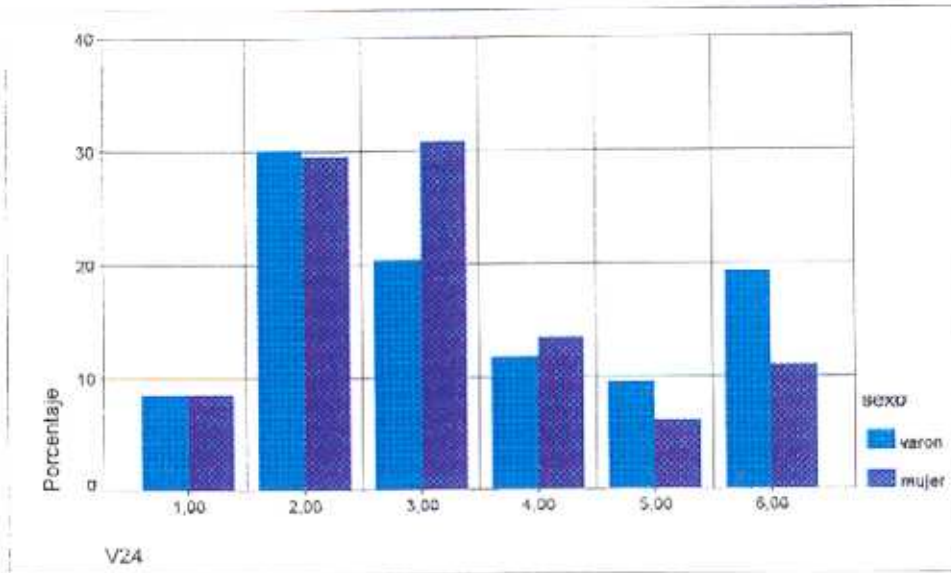


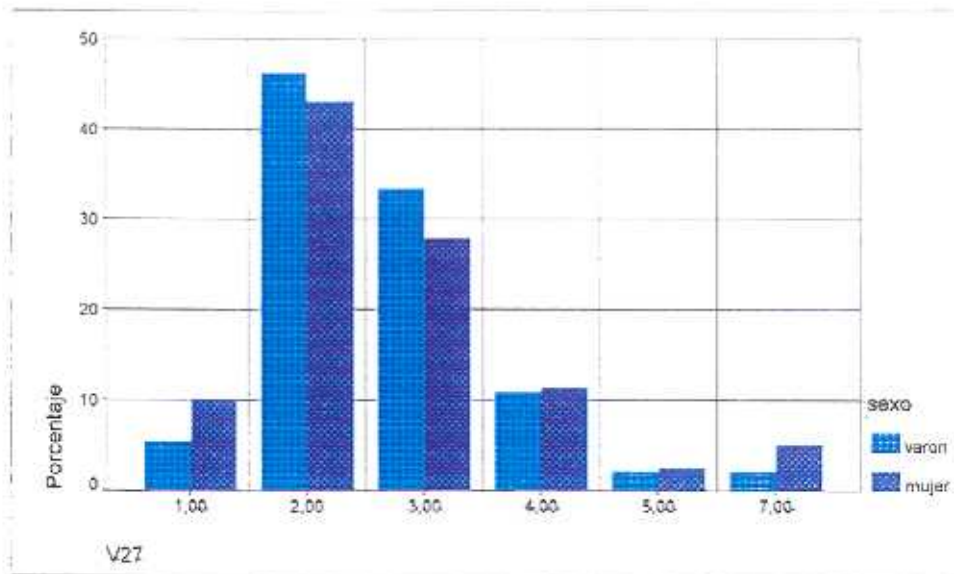
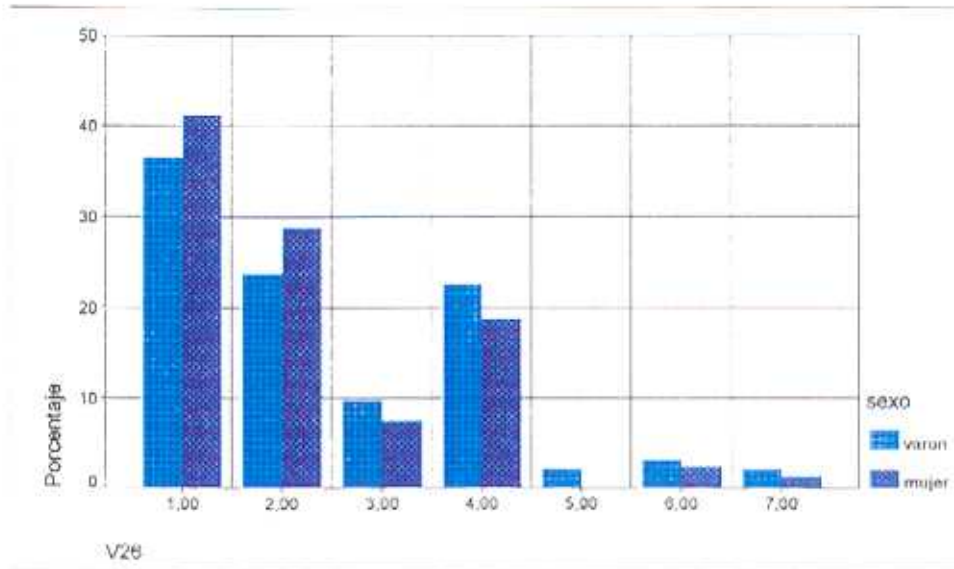
V27

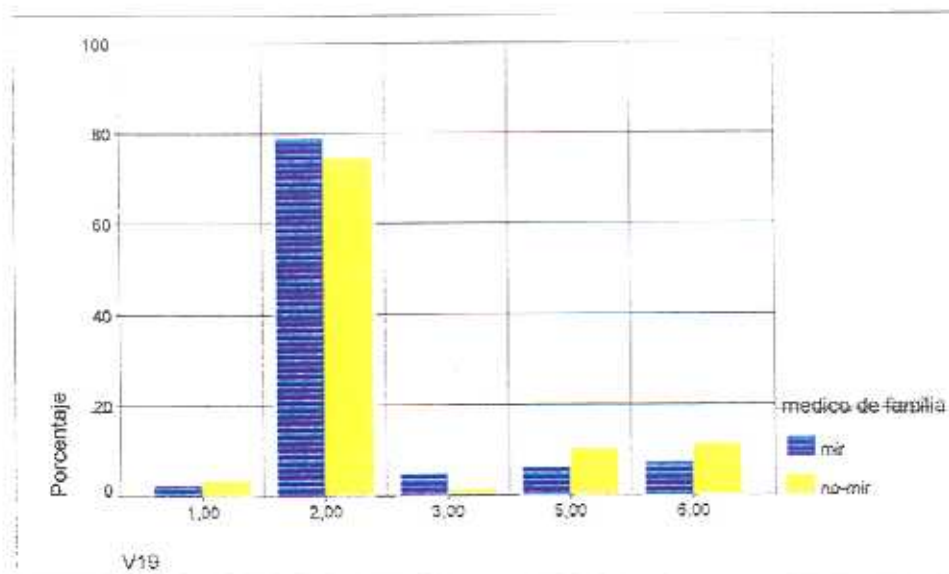
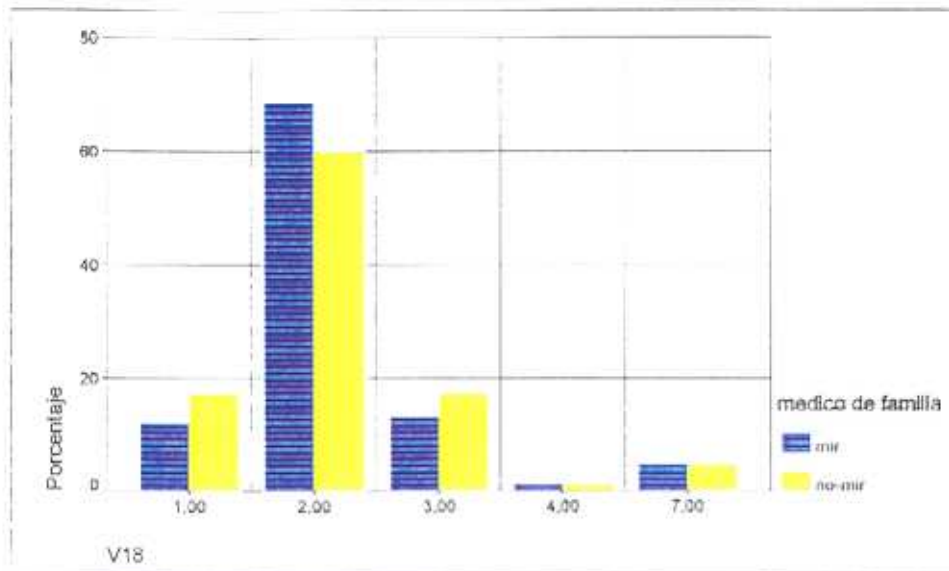


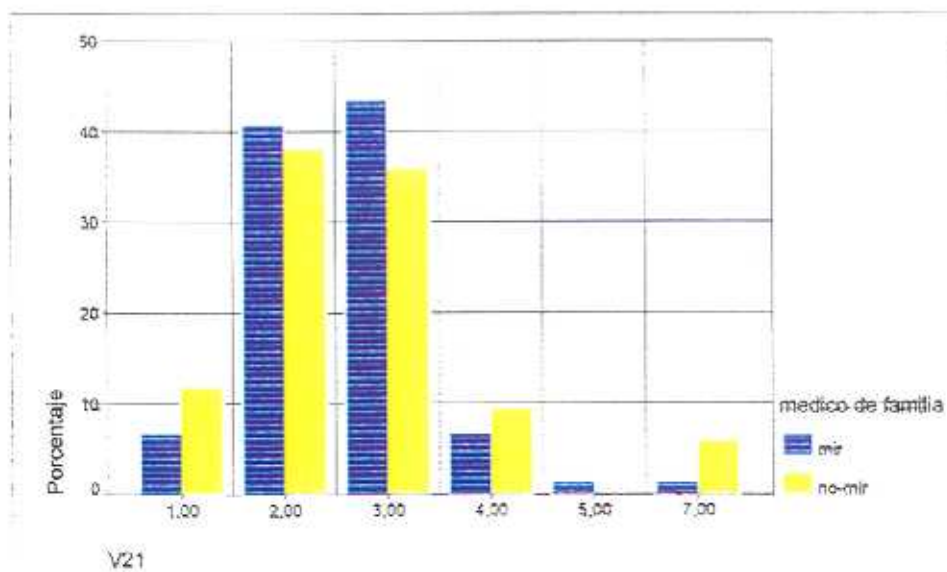
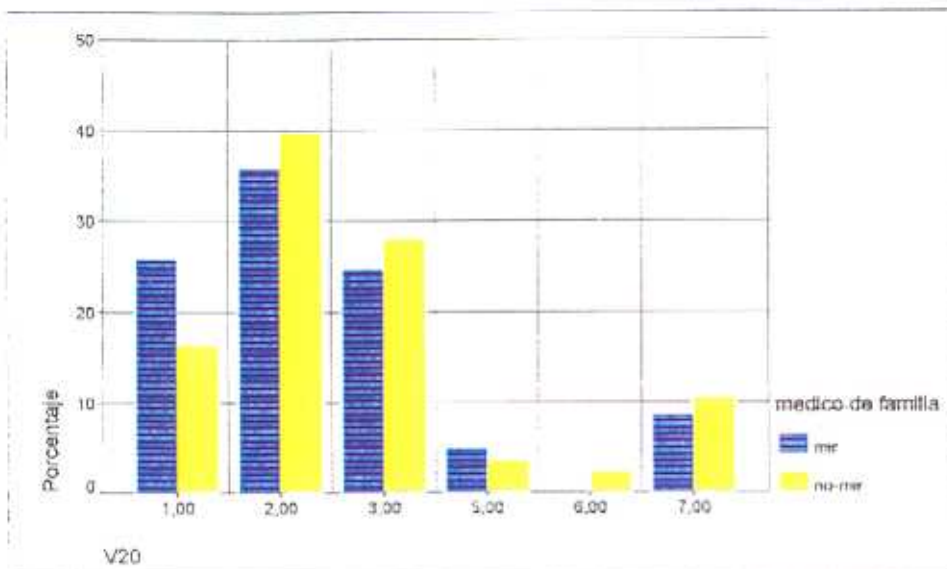


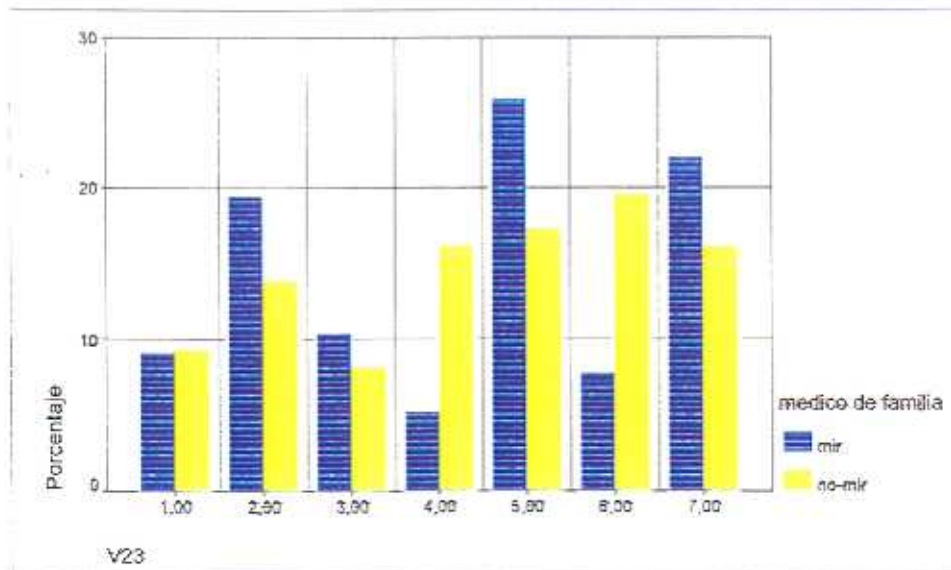
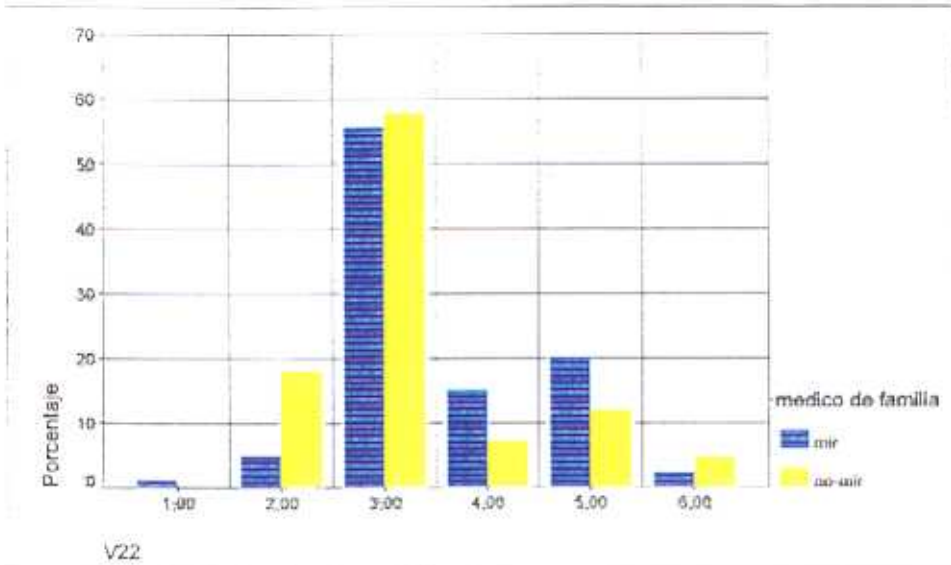


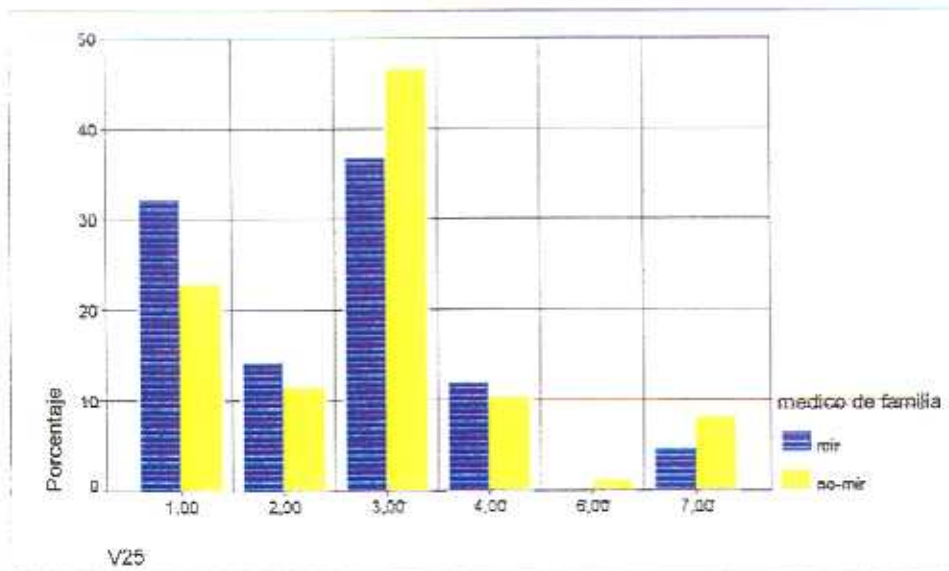
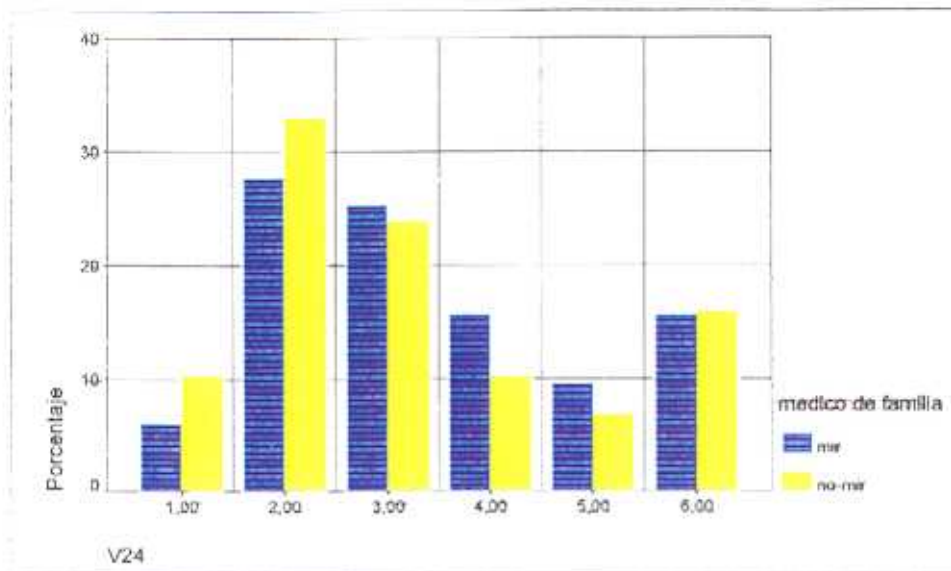


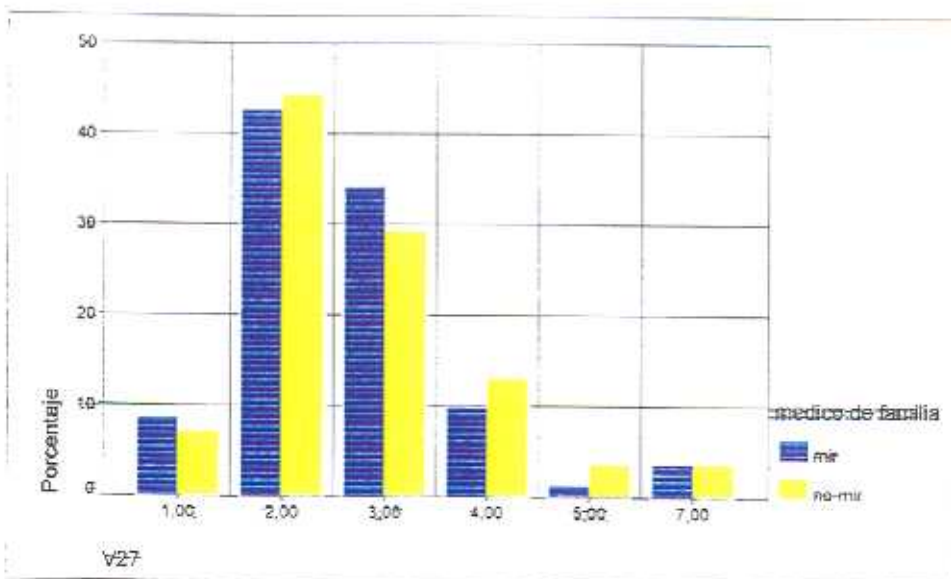
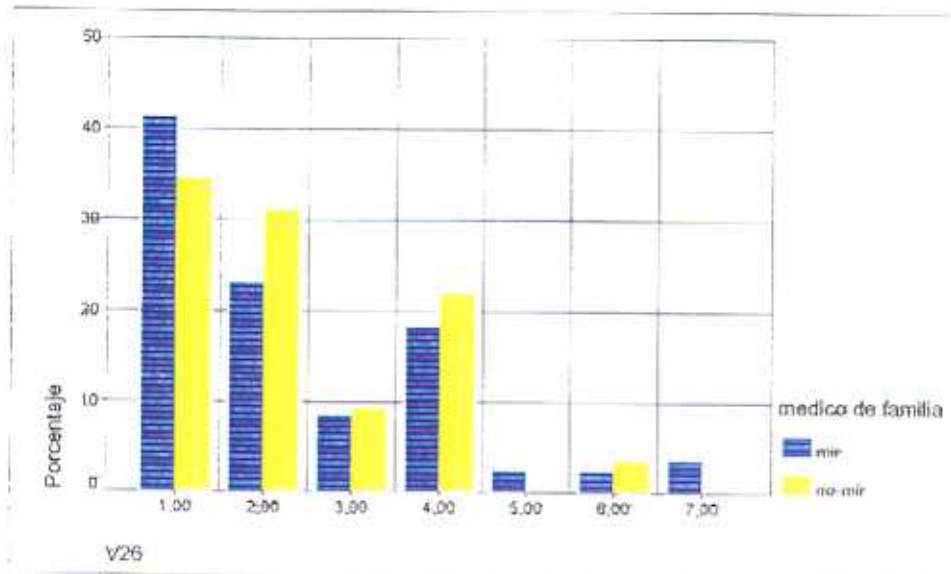


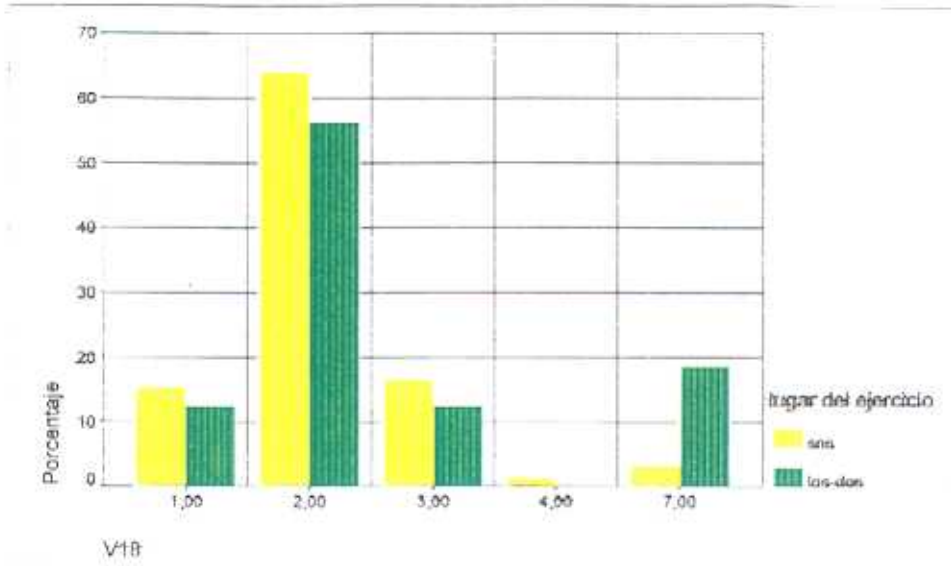




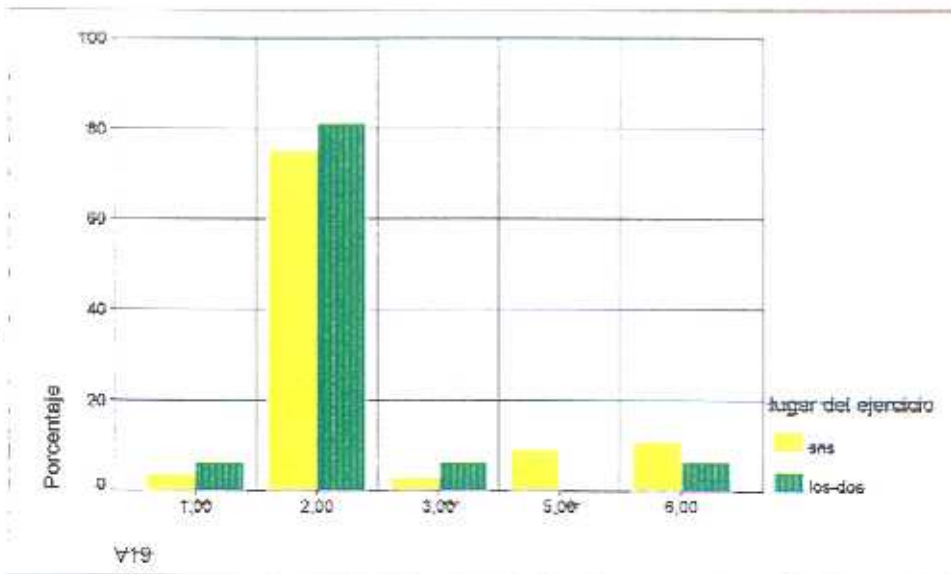




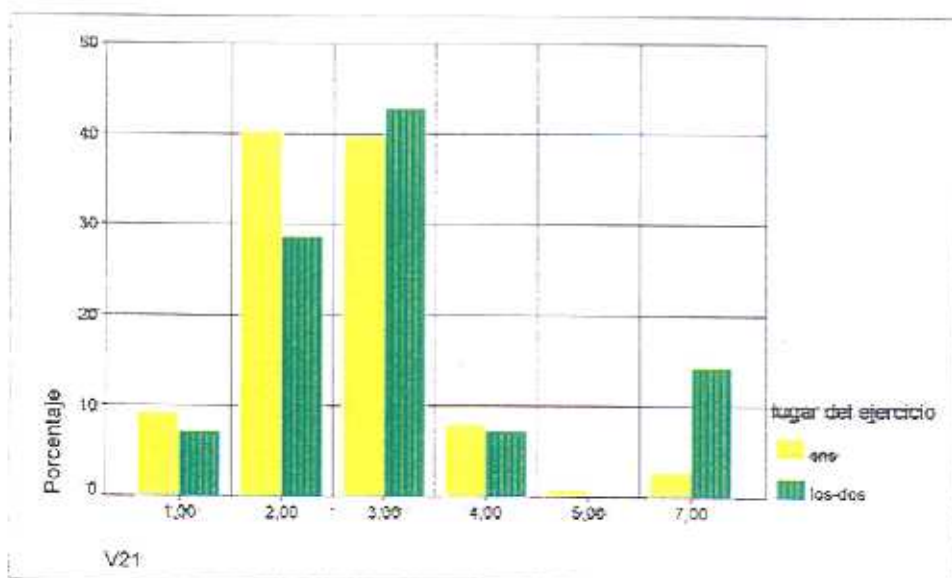
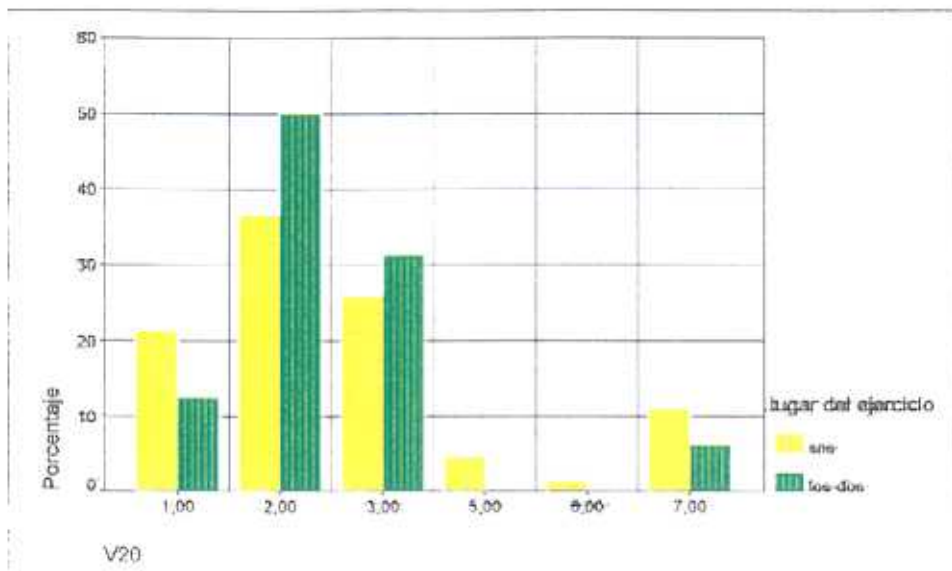


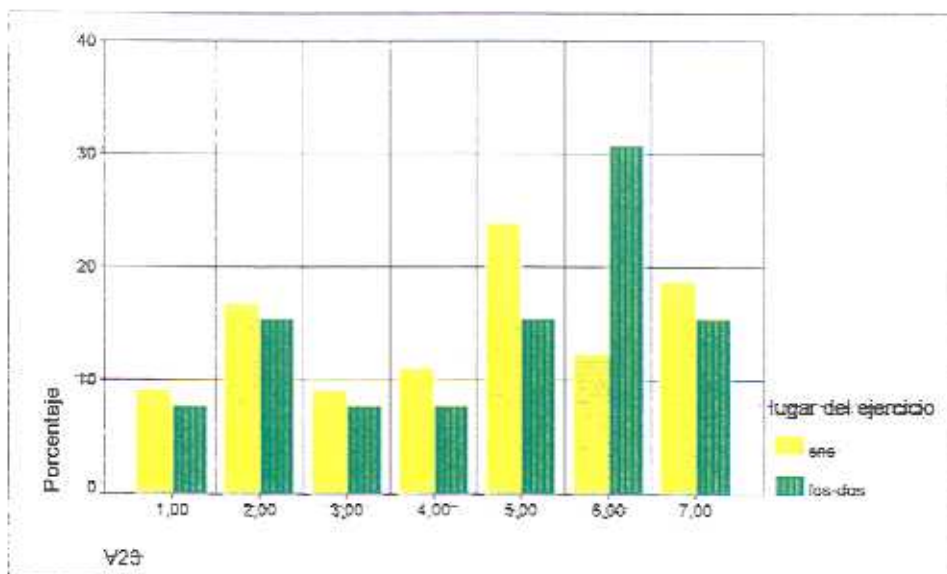
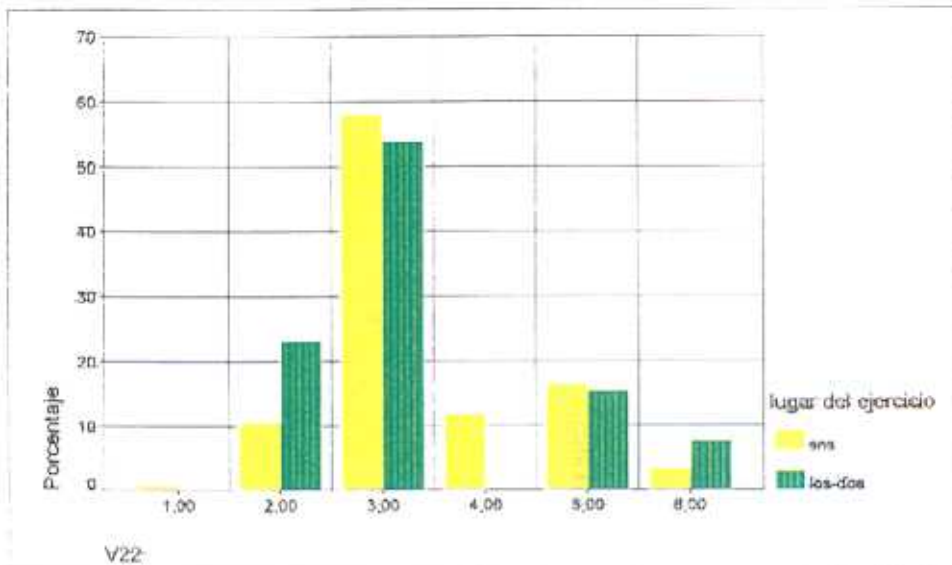


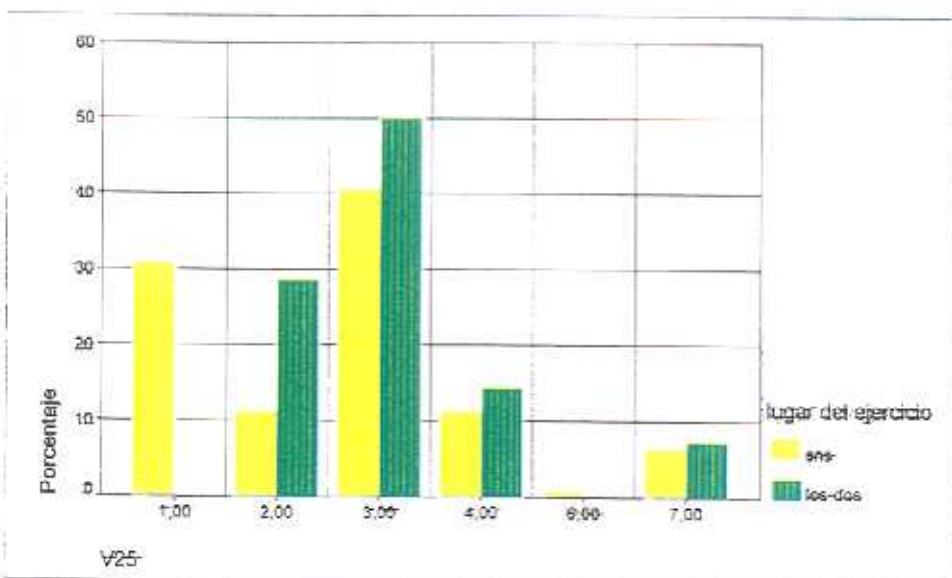
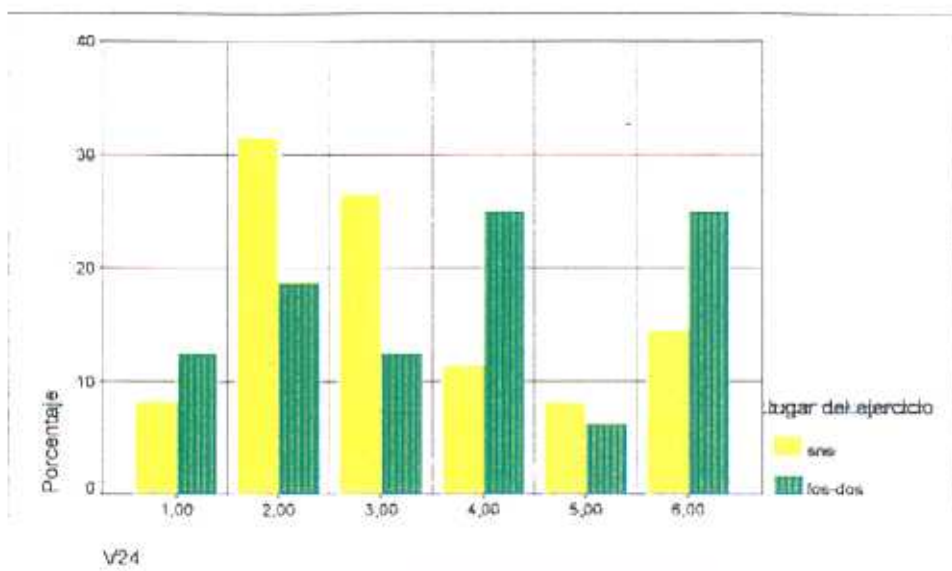
V18

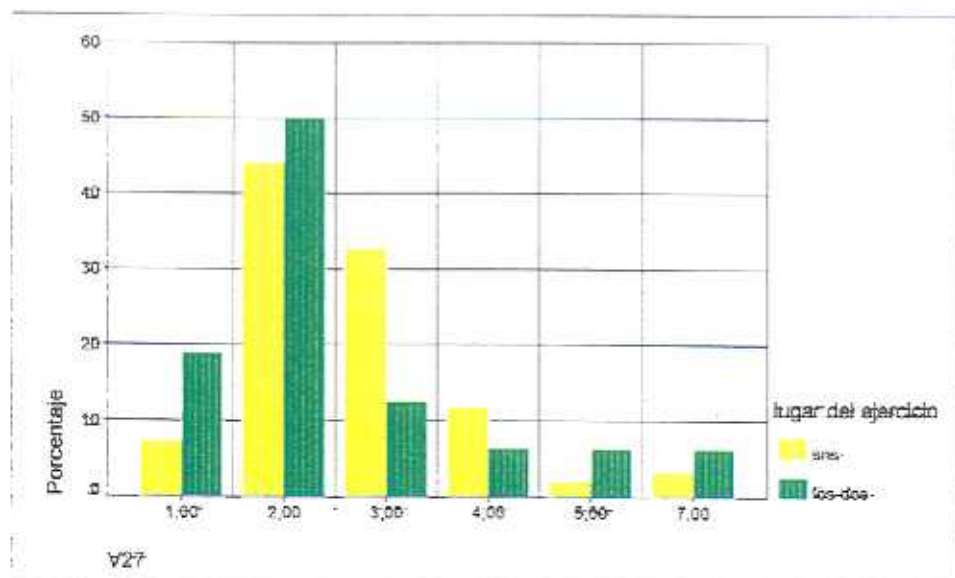
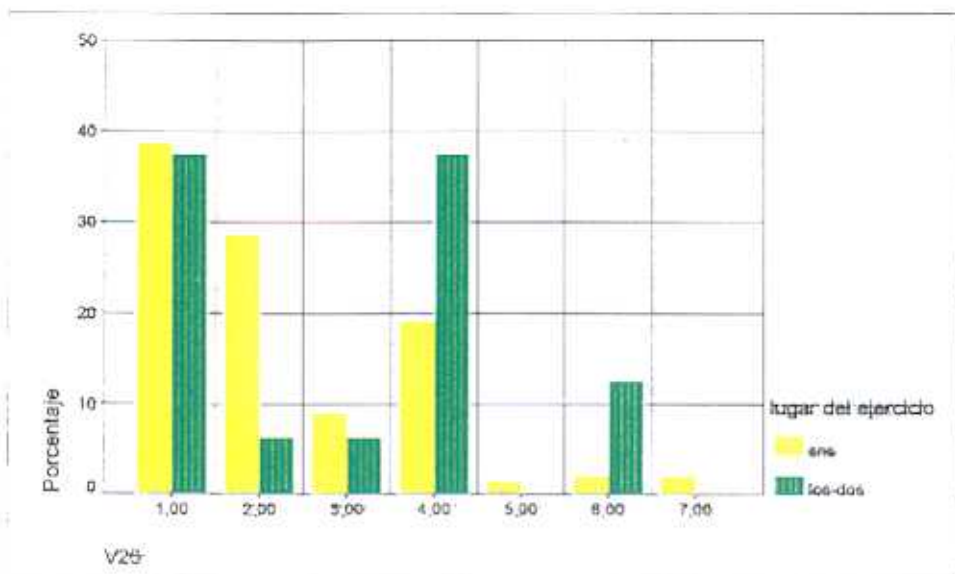


V19









ANEXO XI

Descriptivos

Estadísticos descriptivos

	N	Rango	Mínimo	Máximo	Media	Desv. tip.
lugar del ejercicio profesional	186	1,00	1,00	2,00	1,0860	,2812
medico de familia	181	1,00	1,00	2,00	1,5193	,5010
sexo	185	1,00	1,00	2,00	1,4703	,5005
V10	186	3,00	1,00	4,00	1,6667	,5663
V11	184	2,00	1,00	3,00	1,6250	,5779
V12	181	3,00	1,00	4,00	1,9006	,6334
V13	186	1,00	1,00	2,00	1,5591	,4978
V14	181	3,00	1,00	4,00	2,1492	,7709
V15	186	3,00	1,00	4,00	2,5914	,7814
V16	182	3,00	1,00	4,00	3,5934	,7203
V17	160	3,00	1,00	4,00	2,0875	,9409
V18	174	6,00	1,00	7,00	2,2644	1,2017
V19	176	5,00	1,00	6,00	2,6420	1,4192
V2	179	39,00	28,00	67,00	39,7654	8,5880
V20	172	6,00	1,00	7,00	2,7500	1,7576
V21	168	6,00	1,00	7,00	2,6607	1,1469
V22	167	5,00	1,00	6,00	3,4132	1,0253
V23	169	6,00	1,00	7,00	4,3669	1,9659
V24	175	5,00	1,00	6,00	3,2743	1,5552
V25	177	6,00	1,00	7,00	2,6893	1,5261
V26	174	6,00	1,00	7,00	2,3506	1,4774
V27	173	6,00	1,00	7,00	2,6879	1,1987
V6	184	14225,00	10,00	14235,00	4402,9891	3305,3654
V7	184	85,00	15,00	100,00	40,5000	13,5085
V8	186	3,00	1,00	4,00	3,6129	,5701
V9	185	3,00	1,00	4,00	2,1297	,4714
N válido (según lista)	104					

Frecuencias

Estadísticos

	N		Mediana	Moda	Desv. tip.	Rango	Mínimo	Máximo
	Válidos	Perdidos						
lugar del ejercicio profesional	186	0	1.0000	1.00	,2812	1.00	1.00	2.00
medico de familia	181	5	2.0000	2.00	,5010	1.00	1.00	2.00
sexo	185	1	1.0000	1.00	,5005	1.00	1.00	2.00
V10	186	0	2.0000	2.00	,5663	3.00	1.00	4.00
V11	184	2	2.0000	2.00	,5779	2.00	1.00	3.00
V12	181	5	2.0000	2.00	,6334	3.00	1.00	4.00
V13	186	0	2.0000	2.00	,4978	1.00	1.00	2.00
V14	181	5	2.0000	2.00	,7709	3.00	1.00	4.00
V15	186	0	3.0000	3.00	,7814	3.00	1.00	4.00
V16	182	4	4.0000	4.00	,7203	3.00	1.00	4.00
V17	160	26	2.0000	2.00	,9409	3.00	1.00	4.00
V18	174	12	2.0000	2.00	1,2017	6.00	1.00	7.00
V19	176	10	2.0000	2.00	1,4192	5.00	1.00	6.00
V2	179	7	37.0000	37.00	8,5980	39.00	28.00	67.00
V20	172	14	2.0000	2.00	1,7576	6.00	1.00	7.00
V21	168	18	3.0000	3.00	1,1469	6.00	1.00	7.00
V22	167	19	3.0000	3.00	1,0253	5.00	1.00	6.00
V23	169	17	5.0000	5.00	1,9659	6.00	1.00	7.00
V24	175	11	3.0000	2.00	1,5552	5.00	1.00	6.00
V25	177	9	3.0000	3.00	1,5261	6.00	1.00	7.00
V26	174	12	2.0000	1.00	1,4774	6.00	1.00	7.00
V27	173	13	2.0000	2.00	1,1987	6.00	1.00	7.00
V6	184	2	3650.0000	2920.00 ^a	3305,3654	14225.00	10.00	14235.00
V7	184	2	40.0000	40.00	13,5085	85.00	15.00	100.00
V8	186	0	4.0000	4.00	,5701	3.00	1.00	4.00
V9	185	1	2.0000	2.00	,4714	3.00	1.00	4.00

Estadísticos

	Percentiles		
	25	50	75
lugar del ejercicio profesional	1,0000	1,0000	1,0000
medico de familia	1,0000	2,0000	2,0000
sexo	1,0000	1,0000	2,0000
V10	1,0000	2,0000	2,0000
V11	1,0000	2,0000	2,0000
V12	2,0000	2,0000	2,0000
V13	1,0000	2,0000	2,0000
V14	2,0000	2,0000	3,0000
V15	2,0000	3,0000	3,0000
V16	3,0000	4,0000	4,0000
V17	1,0000	2,0000	3,0000
V18	2,0000	2,0000	2,0000
V19	2,0000	2,0000	2,0000
V2	34,0000	37,0000	44,0000
V20	2,0000	2,0000	3,0000
V21	2,0000	3,0000	3,0000
V22	3,0000	3,0000	4,0000
V23	2,0000	5,0000	6,0000
V24	2,0000	3,0000	4,0000
V25	1,0000	3,0000	3,0000
V26	1,0000	2,0000	4,0000
V27	2,0000	2,0000	3,0000
V6	1825,0000	3650,0000	5840,0000
V7	30,0000	40,0000	45,0000
V8	3,0000	4,0000	4,0000
V9	2,0000	2,0000	2,0000

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Tabla de frecuencia lugar del ejercicio profesional

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sns	170	91,4	91,4	91,4
	los-dos	16	8,6	8,6	100,0
	Total	186	100,0	100,0	
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia medico de familia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	mir	87	46,8	48,1	48,1
	no-mir	94	50,5	51,9	100,0
	Total	181	97,3	100,0	
Perdidos	-1,00	5	2,7		
	Total	5	2,7		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia sexo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	varon	98	52,7	53,0	53,0
	mujer	87	46,8	47,0	100,0
	Total	185	99,5	100,0	
Perdidos	-1,00	1	,5		
	Total	1	,5		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V10

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	70	37,6	37,6	37,6
	2,00	109	58,6	58,6	96,2
	3,00	6	3,2	3,2	99,5
	4,00	1	,5	,5	100,0
	Total	186	100,0	100,0	
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V11

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	78	41,9	42,4	42,4
	2,00	97	52,2	52,7	95,1
	3,00	9	4,8	4,9	100,0
	Total	184	98,9	100,0	
Perdidos	-1,00	2	1,1		
	Total	2	1,1		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V12

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	44	23,7	24,3	24,3
	2,00	113	60,8	62,4	86,7
	3,00	22	11,8	12,2	98,9
	4,00	2	1,1	1,1	100,0
	Total	181	97,3	100,0	
Perdidos	-1,00	5	2,7		
	Total	5	2,7		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V13

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	82	44,1	44,1	44,1
	2,00	104	55,9	55,9	100,0
	Total	186	100,0	100,0	
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V14

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	36	19,4	19,9	19,9
	2,00	88	47,3	48,6	68,5
	3,00	51	27,4	28,2	96,7
	4,00	6	3,2	3,3	100,0
	Total	181	97,3	100,0	
Perdidos	-1,00	5	2,7		
	Total	5	2,7		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V15

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	16	8,6	8,6	8,6
	2,00	62	33,3	33,3	41,9
	3,00	90	48,4	48,4	90,3
	4,00	18	9,7	9,7	100,0
	Total	186	100,0	100,0	
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V16

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	5	2,7	2,7	2,7
	2,00	10	5,4	5,5	8,2
	3,00	39	21,0	21,4	29,7
	4,00	128	68,8	70,3	100,0
	Total	182	97,8	100,0	
Perdidos	-1,00	4	2,2		
	Total	4	2,2		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V17

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	46	24,7	28,8	28,8
	2,00	72	38,7	45,0	73,8
	3,00	24	12,9	15,0	88,8
	4,00	18	9,7	11,3	100,0
	Total	160	86,0	100,0	
Perdidos	-1,00	26	14,0		
	Total	26	14,0		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V18

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	1.00	26	14,0	14,9	14,9
	2.00	110	59,1	63,2	78,2
	3.00	28	15,1	16,1	94,3
	4.00	2	1,1	1,1	95,4
	7.00	8	4,3	4,6	100,0
	Total	174	93,5	100,0	
Perdidos	-1.00	12	6,5		
	Total	12	6,5		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V19

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	1.00	6	3,2	3,4	3,4
	2.00	133	71,5	75,6	79,0
	3.00	5	2,7	2,8	81,8
	5.00	14	7,5	8,0	89,8
	6.00	18	9,7	10,2	100,0
	Total	176	94,6	100,0	
Perdidos	-1.00	10	5,4		
	Total	10	5,4		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V2

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	28,00	3	1,6	1,7	1,7
	29,00	6	3,2	3,4	5,0
	30,00	7	3,8	3,9	8,9
	31,00	6	3,2	3,4	12,3
	32,00	13	7,0	7,3	19,6
	33,00	6	3,2	3,4	22,9
	34,00	11	5,9	6,1	29,1
	35,00	10	5,4	5,6	34,6
	36,00	12	6,5	6,7	41,3
	37,00	18	9,7	10,1	51,4
	38,00	16	8,6	8,9	60,3
	39,00	5	2,7	2,8	63,1
	40,00	8	4,3	4,5	67,6
	41,00	5	2,7	2,8	70,4
	42,00	2	1,1	1,1	71,5
	43,00	4	2,2	2,2	73,7
	44,00	4	2,2	2,2	76,0
	45,00	4	2,2	2,2	78,2
	46,00	1	,5	,6	78,8
	47,00	5	2,7	2,8	81,6
	48,00	5	2,7	2,8	84,4
	49,00	3	1,6	1,7	86,0
	51,00	2	1,1	1,1	87,2
	52,00	2	1,1	1,1	88,3
	53,00	4	2,2	2,2	90,5
	55,00	4	2,2	2,2	92,7
	56,00	3	1,6	1,7	94,4
	57,00	1	,5	,6	95,0
	58,00	1	,5	,6	95,5
	59,00	1	,5	,6	96,1
	60,00	2	1,1	1,1	97,2
	62,00	1	,5	,6	97,8
	63,00	1	,5	,6	98,3
	64,00	2	1,1	1,1	99,4
	67,00	1	,5	,6	100,0
	Total	179	96,2	100,0	
Perdidos	-1,00	7	3,8		
	Total	7	3,8		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V20

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	1,00	35	18,8	20,3	20,3
	2,00	65	34,9	37,8	58,1
	3,00	45	24,2	26,2	84,3
	5,00	7	3,8	4,1	88,4
	6,00	2	1,1	1,2	89,5
	7,00	18	9,7	10,5	100,0
	Total	172	92,5	100,0	
Perdidos	-1,00	14	7,5		
	Total	14	7,5		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V21

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	1,00	15	8,1	8,9	8,9
	2,00	66	35,5	39,3	48,2
	3,00	67	36,0	39,9	88,1
	4,00	13	7,0	7,7	95,8
	5,00	1	,5	,6	96,4
	7,00	6	3,2	3,6	100,0
	Total	168	90,3	100,0	
Perdidos	-1,00	18	9,7		
	Total	18	9,7		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V22

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	1,00	1	,5	,6	,6
	2,00	19	10,2	11,4	12,0
	3,00	96	51,6	57,5	69,5
	4,00	18	9,7	10,8	80,2
	5,00	27	14,5	16,2	96,4
	6,00	6	3,2	3,6	100,0
	Total	167	89,8	100,0	
Perdidos	-1,00	19	10,2		
	Total	19	10,2		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V23

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.00	15	8,1	8,9	8,9
	2.00	28	15,1	16,6	25,4
	3.00	15	8,1	8,9	34,3
	4.00	18	9,7	10,7	45,0
	5.00	39	21,0	23,1	68,0
	6.00	23	12,4	13,6	81,7
	7.00	31	16,7	18,3	100,0
Total		169	90,9	100,0	
Perdidos	-1.00	17	9,1		
	Total	17	9,1		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V24

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.00	15	8,1	8,6	8,6
	2.00	53	28,5	30,3	38,9
	3.00	44	23,7	25,1	64,0
	4.00	22	11,8	12,6	76,6
	5.00	14	7,5	8,0	84,6
	6.00	27	14,5	15,4	100,0
	Total		175	94,1	100,0
Perdidos	-1.00	11	5,9		
	Total	11	5,9		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V25

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.00	50	26,9	28,2	28,2
	2.00	22	11,8	12,4	40,7
	3.00	73	39,2	41,2	81,9
	4.00	20	10,8	11,3	93,2
	6.00	1	,5	,6	93,8
	7.00	11	5,9	6,2	100,0
	Total		177	95,2	100,0
Perdidos	-1.00	9	4,8		
	Total	9	4,8		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V26

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	1,00	67	36,0	38,5	38,5
	2,00	46	24,7	26,4	64,9
	3,00	15	8,1	8,6	73,6
	4,00	36	19,4	20,7	94,3
	5,00	2	1,1	1,1	95,4
	6,00	5	2,7	2,9	98,3
	7,00	3	1,6	1,7	100,0
	Total	174	93,5	100,0	
Perdidos	-1,00	12	6,5		
	Total	12	6,5		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V27

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Validos	1,00	14	7,5	8,1	8,1
	2,00	77	41,4	44,5	52,6
	3,00	53	28,5	30,6	83,2
	4,00	19	10,2	11,0	94,2
	5,00	4	2,2	2,3	96,5
	7,00	6	3,2	3,5	100,0
	Total	173	93,0	100,0	
	Perdidos	-1,00	13	7,0	
Total		13	7,0		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V6

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	10,00	1	,5	,5	,5
	152,00	1	,5	,5	1,1
	183,00	1	,5	,5	1,6
	365,00	7	3,8	3,8	5,4
	548,00	2	1,1	1,1	6,5
	730,00	8	4,3	4,3	10,9
	913,00	1	,5	,5	11,4
	1095,00	5	2,7	2,7	14,1
	1460,00	10	5,4	5,4	19,6
	1643,00	2	1,1	1,1	20,7
	1825,00	10	5,4	5,4	26,1
	2190,00	6	3,2	3,3	29,3
	2555,00	11	5,9	6,0	35,3
	2920,00	14	7,5	7,6	42,9
	3285,00	10	5,4	5,4	48,4
	3650,00	14	7,5	7,6	56,0
	4015,00	9	4,8	4,9	60,9
	4380,00	4	2,2	2,2	63,0
	4745,00	9	4,8	4,9	67,9
	5110,00	4	2,2	2,2	70,1
	5475,00	6	3,2	3,3	73,4
	5840,00	5	2,7	2,7	76,1
	6205,00	5	2,7	2,7	78,8
	6570,00	3	1,6	1,6	80,4
	7300,00	4	2,2	2,2	82,6
	7665,00	1	,5	,5	83,2
	8030,00	2	1,1	1,1	84,2
	8395,00	1	,5	,5	84,8
	8760,00	1	,5	,5	85,3
	9125,00	6	3,2	3,3	88,6
	9490,00	3	1,6	1,6	90,2
	9855,00	4	2,2	2,2	92,4
	10585,00	1	,5	,5	92,9
	10950,00	4	2,2	2,2	95,1
	11315,00	1	,5	,5	95,7
	11365,00	1	,5	,5	96,2
	11680,00	1	,5	,5	96,7
	12410,00	1	,5	,5	97,3
	13140,00	1	,5	,5	97,8
	13505,00	2	1,1	1,1	98,9
	13870,00	1	,5	,5	99,5
	14235,00	1	,5	,5	100,0
	Total	184	98,9	100,0	
Perdidos	-1,00	2	1,1		
	Total	2	1,1		
Total		186	100,0		

Tabla de frecuencia V7

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	15.00	1	.5	.5	.5
	20.00	3	1.6	1.6	2.2
	22.00	3	1.6	1.6	3.8
	23.00	3	1.6	1.6	5.4
	24.00	2	1.1	1.1	6.5
	25.00	13	7.0	7.1	13.6
	26.00	1	.5	.5	14.1
	27.00	2	1.1	1.1	15.2
	30.00	27	14.5	14.7	29.9
	35.00	26	14.0	14.1	44.0
	37.00	1	.5	.5	44.6
	38.00	1	.5	.5	45.1
	40.00	35	18.8	19.0	64.1
	44.00	1	.5	.5	64.7
	45.00	21	11.3	11.4	76.1
	49.00	1	.5	.5	76.6
	50.00	19	10.2	10.3	87.0
	55.00	2	1.1	1.1	88.0
	59.00	1	.5	.5	88.6
	60.00	8	4.3	4.3	92.9
	62.00	1	.5	.5	93.5
	65.00	3	1.6	1.6	95.1
	70.00	3	1.6	1.6	96.7
	75.00	2	1.1	1.1	97.8
	80.00	3	1.6	1.6	99.5
	100.00	1	.5	.5	100.0
	Total	184	98.9	100.0	
Perdidos	-1.00	2	1.1		
	Total	2	1.1		
Total		186	100.0		

Tabla de frecuencia V8

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1.00	1	.5	.5	.5
	2.00	5	2.7	2.7	3.2
	3.00	59	31.7	31.7	34.9
	4.00	121	65.1	65.1	100.0
	Total	186	100.0	100.0	
Total		186	100.0		

Tabla de frecuencia V9

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	9	4,8	4,9	4,9
	2,00	144	77,4	77,8	82,7
	3,00	31	16,7	16,8	99,5
	4,00	1	,5	,5	100,0
	Total	185	99,5	100,0	
Perdidos	-1,00	1	,5		
	Total	1	,5		
Total		186	100,0		

ANEXO XII

Prueba T

Estadísticos del grupo

	procedencia de los medicos	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
V10	rural	47	1,6383	,5286	7,710E-02
	urbano	139	1,6763	,5801	4,920E-02
V11	rural	47	1,5532	,5025	7,330E-02
	urbano	137	1,6496	,6014	5,138E-02
V12	rural	47	1,8723	,4942	7,208E-02
	urbano	134	1,9104	,6768	5,847E-02
V13	rural	47	1,7447	,4408	6,429E-02
	urbano	139	1,4964	,5018	4,256E-02
V14	rural	45	2,0667	,7508	,1119
	urbano	136	2,1765	,7782	6,673E-02
V15	rural	47	2,7021	,6889	,1005
	urbano	139	2,5540	,8091	6,863E-02
V16	rural	46	3,4130	,8320	,1227
	urbano	136	3,6544	,6709	5,753E-02
V17	rural	42	2,1429	,9771	,1508
	urbano	118	2,0678	,9312	8,573E-02
V18	rural	46	2,0217	,4939	7,283E-02
	urbano	128	2,3516	1,3608	,1203
V19	rural	46	2,4565	1,1682	,1722
	urbano	130	2,7077	1,4965	,1313
V2	rural	47	39,5106	8,5665	1,2496
	urbano	132	39,8561	8,6264	,7508
V20	rural	46	2,5870	1,5716	,2317
	urbano	126	2,8095	1,8230	,1624
V21	rural	46	2,6739	,8706	,1284
	urbano	122	2,6557	1,2383	,1121
V22	rural	44	3,1818	,8963	,1351
	urbano	123	3,4959	1,0587	9,546E-02

Prueba T

Estadísticos del grupo

	procedencia de los médicos	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
lugar del ejercicio profesional	rural	47	1,0851	,2821	4,114E-02
	urbano	139	1,0863	,2819	2,391E-02
medico de familia	rural	47	1,4894	,5053	7,370E-02
	urbano	134	1,5299	,5010	4,328E-02
sexo	rural	47	1,4894	,5053	7,370E-02
	urbano	138	1,4638	,5005	4,261E-02
V23	rural	44	3,8636	1,7991	,2712
	urbano	125	4,5440	1,9980	,1787
V24	rural	44	3,1591	1,5840	,2388
	urbano	131	3,3130	1,5496	,1354
V25	rural	46	2,6739	1,6337	,2409
	urbano	131	2,6947	1,4930	,1304
V26	rural	45	2,4222	1,5593	,2324
	urbano	129	2,3256	1,4532	,1280
V27	rural	45	2,8444	,9990	,1489
	urbano	128	2,6328	1,2604	,1114
V6	rural	46	4345,6087	3583,0287	528,2888
	urbano	138	4422,1159	3221,0976	274,1980
V7	rural	46	45,6304	12,6357	1,8630
	urbano	138	38,7899	13,3987	1,1406
V8	rural	47	3,7234	,4979	7,263E-02
	urbano	139	3,5755	,5895	5,000E-02
V9	rural	47	2,1489	,4653	6,787E-02
	urbano	138	2,1232	,4750	4,043E-02

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V10	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,151	,698
V11	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	1,467	,227
V12	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	3,408	,067
V13	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	43,243	,000
V14	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	2,254	,135
V15	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	2,844	,093

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V16	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	5,581	,019
V17	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,138	,711
V18	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	14,029	,000
V19	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	6,015	,015
V2	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,021	,885
V20	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,715	,399

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V21	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,955	,330
V22	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	7,697	,006

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
lugar del ejercicio profesional	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,003	,959
medico de familia	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,121	,728
sexo	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,199	,656
V23	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,392	,532
V24	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,000	,982
V25	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,100	,752

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V26	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.206	.650
V27	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.200	.655
V6	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.984	.323
V7	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.015	.904
V8	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	6,360	.013
V9	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.103	.749

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V10	Se han asumido varianzas iguales	-,396	184	,692	-3,80E-02	9,578E-02	-,2269	,1510
	No se han asumido varianzas iguales	-,415	86,322	,679	-3,80E-02	9,146E-02	-,2198	,1438
V11	Se han asumido varianzas iguales	-,987	182	,325	-9,64E-02	9,770E-02	-,2892	9,634E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-1,077	94,577	,284	-9,64E-02	8,952E-02	-,2742	8,128E-02
V12	Se han asumido varianzas iguales	-,354	179	,724	-3,81E-02	,1076	-,2505	,1743
	No se han asumido varianzas iguales	-,411	109,974	,682	-3,81E-02	9,282E-02	-,2220	,1458
V13	Se han asumido varianzas iguales	3,020	184	,003	,2483	8,222E-02	8,607E-02	,4105
	No se han asumido varianzas iguales	3,220	89,431	,002	,2483	7,710E-02	9,509E-02	,4015
V14	Se han asumido varianzas iguales	-,828	179	,409	-,1098	,1327	-,3716	,1520
	No se han asumido varianzas iguales	-,843	77,652	,402	-,1098	,1303	-,3692	,1496
V15	Se han asumido varianzas iguales	1,125	184	,262	,1482	,1317	-,1118	,4081
	No se han asumido varianzas iguales	1,218	92,234	,226	,1482	,1217	-9,35E-02	,3898

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V16	Se han asumido varianzas iguales	-1,980	180	,049	-,2414	,1219	-,4819	-,872E-04
	No se han asumido varianzas iguales	-1,781	65,904	,079	-,2414	,1355	-,5119	2,916E-02
V17	Se han asumido varianzas iguales	,443	158	,658	7,506E-02	,1695	-,2597	,4098
	No se han asumido varianzas iguales	,433	69,259	,667	7,506E-02	,1734	-,2709	,4210
V18	Se han asumido varianzas iguales	-1,604	172	,111	-,3298	,2057	-,7358	7,610E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-2,346	171,961	,020	-,3298	,1406	-,6074	-,523E-02
V19	Se han asumido varianzas iguales	-1,032	174	,304	-,2512	,2434	-,7316	,2293
	No se han asumido varianzas iguales	-1,160	100,599	,249	-,2512	,2166	-,6808	,1784
V2	Se han asumido varianzas iguales	-,236	177	,814	-,3454	1,4626	-3,2319	2,5410
	No se han asumido varianzas iguales	-,237	81,483	,813	-,3454	1,4578	-3,2457	2,5549
V20	Se han asumido varianzas iguales	-,734	170	,464	-,2226	,3032	-,8211	,3759
	No se han asumido varianzas iguales	-,787	92,069	,434	-,2226	,2830	-,7846	,3394

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tlp de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V21	Se han asumido varianzas iguales	,091	166	,927	1,818E-02	,1990	-,3748	,4111
	No se han asumido varianzas iguales	,107	114.958	,915	1,818E-02	,1704	-,3194	,3558
V22	Se han asumido varianzas iguales	-1,755	165	,081	-,3141	,1790	-,6675	3,927E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-1,899	88.834	,061	-,3141	,1654	-,6429	1,462E-02

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
lugar del ejercicio profesional	Se han asumido varianzas iguales	-.026	184	.979	-1,22E-03	4,757E-02	-9,51E-02	9,263E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-.026	79,297	.980	-1,22E-03	4,758E-02	-9,59E-02	9,348E-02
medico de familia	Se han asumido varianzas iguales	-.476	179	.635	-4,05E-02	8,512E-02	-.2085	.1275
	No se han asumido varianzas iguales	-.474	79,904	.637	-4,05E-02	8,547E-02	-.2106	.1296
sexo	Se han asumido varianzas iguales	.302	183	.763	2,559E-02	8,473E-02	-.1416	.1928
	No se han asumido varianzas iguales	.301	78,920	.764	2,559E-02	8,513E-02	-.1439	.1950
V23	Se han asumido varianzas iguales	-1,992	167	.048	-.6804	.3416	-1,3548	-5,96E-03
	No se han asumido varianzas iguales	-2,095	83,014	.039	-.6804	.3248	-1,3264	-3,43E-02
V24	Se han asumido varianzas iguales	-.567	173	.572	-.1539	.2715	-.6898	.3820
	No se han asumido varianzas iguales	-.561	72,607	.577	-.1539	.2745	-.7010	.3933
V25	Se han asumido varianzas iguales	-.079	175	.937	-2,07E-02	.2623	-.5384	.4969
	No se han asumido varianzas iguales	-.076	73,088	.940	-2,07E-02	.2739	-.5667	.5252

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V26	Se han asumido varianzas iguales	,377	172	,707	9,664E-02	,2564	-,4095	,6028
	No se han asumido varianzas iguales	,364	72,419	,717	9,664E-02	,2653	-,4322	,6255
V27	Se han asumido varianzas iguales	1,019	171	,310	,2116	,2077	-,1984	,6217
	No se han asumido varianzas iguales	1,138	96,548	,258	,2116	,1860	-,1575	,5808
V6	Se han asumido varianzas iguales	-,136	182	,892	-76,5072	564,2582	-1189,836	1036,8215
	No se han asumido varianzas iguales	-,129	70,823	,898	-76,5072	595,2089	-1263,371	1110,3569
V7	Se han asumido varianzas iguales	3,041	182	,003	6,8406	2,2497	2,4017	11,2795
	No se han asumido varianzas iguales	3,132	81,303	,002	6,8406	2,1844	2,4945	11,1867
V8	Se han asumido varianzas iguales	1,543	184	,125	,1479	9,584E-02	-4,12E-02	,3369
	No se han asumido varianzas iguales	1,677	92,976	,097	,1479	8,818E-02	-2,72E-02	,3230
V9	Se han asumido varianzas iguales	,323	183	,747	2,575E-02	7,981E-02	-,1317	,1832
	No se han asumido varianzas iguales	,326	81,022	,745	2,575E-02	7,900E-02	-,1314	,1829

Estadísticos del grupo

	sexo	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
V10	varon	98	1.5918	,5714	5.772E-02
	mujer	87	1.7586	,5491	5.887E-02
V11	varon	96	1.4896	,5619	5.734E-02
	mujer	87	1.7816	,5588	5.991E-02
V12	varon	95	1.8105	,6239	6.401E-02
	mujer	85	2.0000	,6362	6.901E-02
V13	varon	98	1.4694	,5016	5.067E-02
	mujer	87	1.6552	,4781	5.125E-02
V14	varon	96	2.1458	,8458	8.632E-02
	mujer	84	2.1429	,6792	7.410E-02
V15	varon	98	2.5918	,7843	7.923E-02
	mujer	87	2.6092	,7679	8.233E-02
V16	varon	94	3.5957	,7232	7.459E-02
	mujer	87	3.6207	,6689	7.172E-02
V17	varon	84	2.1667	1.0277	,1121
	mujer	75	2.0000	,8383	9.680E-02
V18	varon	90	2.4444	1.3748	,1449
	mujer	83	2.0723	,9600	,1054
V19	varon	95	2.8316	1.5956	,1637
	mujer	80	2.4250	1.1559	,1292
V2	varon	94	42.6702	9.6402	,9943
	mujer	85	36.5529	5.7890	,6279
V20	varon	91	2.7363	1.8308	,1919
	mujer	80	2.7750	1.6912	,1891
V21	varon	90	2.7444	1.3287	,1401
	mujer	77	2.5714	,8948	,1020
V22	varon	87	3.3908	1.1139	,1194
	mujer	79	3.4430	,9302	,1047
V23	varon	88	4.1932	1.9761	,2106
	mujer	80	4.5500	1.9610	,2192
V24	varon	93	3.4194	1.6571	,1718
	mujer	81	3.1235	1.4264	,1585
V25	varon	93	2.5269	1.3480	,1398
	mujer	83	2.8675	1.7020	,1868
V26	varon	93	2.4839	1.5507	,1608
	mujer	80	2.2000	1.3907	,1555
V27	varon	93	2.6667	1.0564	,1095
	mujer	79	2.7342	1.3465	,1515
V6	varon	97	5503.8454	3619.4916	367.5037
	mujer	86	3085.1977	2254.2116	243.0779
V7	varon	97	40.7320	14.6782	1.4903
	mujer	86	39.7791	11.4279	1.2323
V8	varon	98	3.6224	,5835	5.895E-02
	mujer	87	3.5977	,5595	5.998E-02
V9	varon	97	2.0412	,4545	4.615E-02
	mujer	87	2.2184	,4682	5.019E-02
medico de familia	varon	96	1.6146	,4892	4.993E-02
	mujer	84	1.4048	,4938	5.388E-02
lugar del ejercicio profesional	varon	98	1.1224	,3295	3.328E-02
	mujer	87	1.0345	,1835	1.968E-02

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V10	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	2.761	.098
V11	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	4.433	.037
V12	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	4.377	.038
V13	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	9.103	.003
V14	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	5.038	.026
V15	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.109	.742

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V16	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.509	.477
V17	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	7.437	.007
V18	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	7.805	.006
V19	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	17.145	.000
V2	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	28.062	.000
V20	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.641	.424

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V21	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	3.739	.055
V22	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	2.088	.150
V23	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.019	.890
V24	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	6.760	.010
V25	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.402	.527
V26	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	2.772	.098

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V27	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	2,345	,128
V6	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	22,248	,000
V7	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	1,945	,165
V8	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,040	,841

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V9	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	6,227	,013
medico de familia	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,273	,602
lugar del ejercicio profesional	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	21,790	,000

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V10	Se han asumido varianzas iguales	-2,018	183	.045	-.1668	8,264E-02	-.3298	-3,72E-03
	No se han asumido varianzas iguales	-2,023	181,838	.045	-.1668	8,245E-02	-.3295	-4,11E-03
V11	Se han asumido varianzas iguales	-3,520	181	.001	-.2920	8,295E-02	-.4557	-.1284
	No se han asumido varianzas iguales	-3,521	179,431	.001	-.2920	8,293E-02	-.4557	-.1284
V12	Se han asumido varianzas iguales	-2,015	178	.045	-.1895	9,402E-02	-.3750	-3,93E-03
	No se han asumido varianzas iguales	-2,013	174,979	.046	-.1895	9,412E-02	-.3752	-3,71E-03
V13	Se han asumido varianzas iguales	-2,570	183	.011	-.1858	7,228E-02	-.3284	-4,32E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-2,578	182,065	.011	-.1858	7,207E-02	-.3280	-4,36E-02
V14	Se han asumido varianzas iguales	.026	178	.979	2,976E-03	.1154	-.2248	.2308
	No se han asumido varianzas iguales	.026	176,746	.979	2,976E-03	.1138	-.2215	.2275
V15	Se han asumido varianzas iguales	-.152	183	.880	-1,74E-02	.1144	-.2431	.2084
	No se han asumido varianzas iguales	-.152	181,237	.879	-1,74E-02	.1143	-.2428	.2081

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bitateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V16	Se han asumido varianzas iguales	-.240	179	.810	-2.49E-02	.1038	-.2298	.1799
	No se han asumido varianzas iguales	-.241	179.000	.810	-2.49E-02	.1035	-.2291	.1792
V17	Se han asumido varianzas iguales	1.112	157	.268	.1667	.1498	-.1293	.4626
	No se han asumido varianzas iguales	1.125	155.770	.262	.1667	.1481	-.1259	.4593
V18	Se han asumido varianzas iguales	2.048	171	.042	.3722	.1817	1.348E-02	.7308
	No se han asumido varianzas iguales	2.077	159.572	.039	.3722	.1792	1.829E-02	.7260
V19	Se han asumido varianzas iguales	1.898	173	.059	.4066	.2142	-1.63E-02	.8294
	No se han asumido varianzas iguales	1.949	169.391	.053	.4066	.2086	-5.14E-03	.8183
V2	Se han asumido varianzas iguales	5.080	177	.000	6.1173	1.2043	3.7407	8.4938
	No se han asumido varianzas iguales	5.202	154.722	.000	6.1173	1.1760	3.7942	8.4403
V20	Se han asumido varianzas iguales	-.143	169	.886	-3.87E-02	.2708	-.5733	.4959
	No se han asumido varianzas iguales	-.144	168.574	.886	-3.87E-02	.2694	-.5706	.4931

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V21	Se han asumido varianzas iguales	.970	165	.334	.1730	.1784	-.1793	.5253
	No se han asumido varianzas iguales	.999	156.780	.320	.1730	.1732	-.1692	.5152
V22	Se han asumido varianzas iguales	-.326	164	.745	-5.22E-02	.1602	-.3685	.2640
	No se han asumido varianzas iguales	-.329	162.890	.743	-5.22E-02	.1588	-.3658	.2613
V23	Se han asumido varianzas iguales	-1.173	166	.242	-.3568	.3042	-.9573	.2437
	No se han asumido varianzas iguales	-1.174	164.716	.242	-.3568	.3040	-.9571	.2435
V24	Se han asumido varianzas iguales	1.253	172	.212	.2959	.2362	-.1703	.7621
	No se han asumido varianzas iguales	1.266	171.979	.207	.2959	.2338	-.1655	.7573
V25	Se han asumido varianzas iguales	-1.479	174	.141	-.3406	.2303	-.7951	.1139
	No se han asumido varianzas iguales	-1.460	155.950	.146	-.3406	.2333	-.8015	.1203
V26	Se han asumido varianzas iguales	1.259	171	.210	.2839	.2255	-.1613	.7290
	No se han asumido varianzas iguales	1.269	170.690	.206	.2839	.2237	-.1577	.7254

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V27	Se han asumido varianzas iguales	-.368	170	.713	-6.75E-02	.1833	-.4294	.2944
	No se han asumido varianzas iguales	-.361	146.851	.719	-6.75E-02	.1869	-.4370	.3019
V6	Se han asumido varianzas iguales	5.345	181	.000	2418.6477	452.5248	1525.7453	3311.5501
	No se han asumido varianzas iguales	5.489	163.113	.000	2418.6477	440.6198	1548.5934	3288.7019
V7	Se han asumido varianzas iguales	.485	181	.628	.9529	1.9627	-2.9198	4.8256
	No se han asumido varianzas iguales	.493	178.113	.623	.9529	1.9338	-2.8633	4.7691
V8	Se han asumido varianzas iguales	.294	183	.769	2.475E-02	8.431E-02	-.1416	.1911
	No se han asumido varianzas iguales	.294	181.903	.769	2.475E-02	8.410E-02	-.1412	.1907

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V9	Se han asumido varianzas iguales	-2,602	182	,010	-,1772	6,808E-02	-,3115	-,428E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-2,598	178,555	,010	-,1772	6,819E-02	-,3117	-,426E-02
medico de familia	Se han asumido varianzas iguales	2,858	178	,005	,2098	7,341E-02	6,495E-02	,3547
	No se han asumido varianzas iguales	2,856	174,403	,005	,2098	7,346E-02	6,484E-02	,3548
lugar del ejercicio profesional	Se han asumido varianzas iguales	2,205	183	,029	8,797E-02	3,990E-02	9,242E-03	,1667
	No se han asumido varianzas iguales	2,275	155,257	,024	8,797E-02	3,866E-02	1,159E-02	,1643

Prueba T

Estadísticos del grupo

	medico de familia	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
V10	mir	87	1,7586	,5275	5,656E-02
	no-mir	94	1,5851	,5940	6,127E-02
V11	mir	86	1,7442	,5570	6,006E-02
	no-mir	93	1,5269	,5822	6,037E-02
V12	mir	83	2,0241	,5838	6,409E-02
	no-mir	93	1,8172	,6585	6,828E-02
V13	mir	87	1,5977	,4932	5,288E-02
	no-mir	94	1,5213	,5022	5,180E-02
V14	mir	85	2,1529	,6638	7,200E-02
	no-mir	91	2,1099	,8360	8,764E-02
V15	mir	87	2,5287	,7752	8,311E-02
	no-mir	94	2,6702	,7813	8,059E-02
V16	mir	87	3,6437	,6466	6,932E-02
	no-mir	90	3,5222	,7964	8,395E-02
V17	mir	75	1,8400	,6983	8,063E-02
	no-mir	80	2,2875	1,0577	,1183
V18	mir	83	2,2771	1,2028	,1320
	no-mir	87	2,2529	1,2221	,1310
V19	mir	81	2,5062	1,2562	,1396
	no-mir	90	2,7222	1,4918	,1572
V2	mir	87	35,2759	4,5869	,4918
	no-mir	87	44,0230	9,4512	1,0133
V20	mir	81	2,5679	1,6803	,1867
	no-mir	86	2,8372	1,7547	,1892
V21	mir	76	2,6053	,9249	,1061
	no-mir	87	2,7126	1,3374	,1434
V22	mir	79	3,5570	,9967	,1121
	no-mir	83	3,2771	1,0513	,1154
V23	mir	77	4,3117	2,0536	,2340
	no-mir	87	4,4138	1,9323	,2072
V24	mir	83	3,4217	1,5232	,1672
	no-mir	88	3,1818	1,5941	,1699
V25	mir	84	2,5238	1,4518	,1584
	no-mir	88	2,8864	1,5861	,1691
V26	mir	82	2,3902	1,6236	,1793
	no-mir	87	2,3218	1,3338	,1430
V27	mir	82	2,6707	1,1869	,1311
	no-mir	86	2,7558	1,2265	,1323
V6	mir	87	2391,1724	1610,6531	172,6801
	no-mir	93	6254,6022	3412,0025	353,8082
V7	mir	87	38,6437	10,8809	1,1666
	no-mir	93	42,4946	15,5183	1,6092
V8	mir	87	3,5402	,5868	6,291E-02
	no-mir	94	3,6809	,5529	5,702E-02
V9	mir	87	2,1379	,4864	5,215E-02
	no-mir	93	2,1398	,4566	4,735E-02
lugar del ejercicio profesional	mir	87	1,0115	,1072	1,149E-02
	no-mir	94	1,1489	,3579	3,692E-02

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V10	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	6,009	.015
V11	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	4,118	.044
V12	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	4,234	.041
V13	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	3,180	.076
V14	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	2,745	.099
V15	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.051	.822

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V16	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	3,463	,064
V17	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	22,486	,000
V18	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,094	,760
V19	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	5,328	,022
V2	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	51,483	,000
V20	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,049	,825

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V21	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	3.295	.071
V22	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.390	.533
V23	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	1.025	.313
V24	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.021	.884
V25	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.192	.661
V26	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	3.080	.081

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V27	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.192	.661
V6	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	50.016	.000
V7	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	9.463	.002
V8	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	4.300	.040
V9	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.012	.911
lugar del ejercicio profesional	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	63.185	.000

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V10	Se han asumido varianzas iguales	2.071	179	.040	.1735	8.377E-02	8.216E-03	.3388
	No se han asumido varianzas iguales	2.081	178.702	.039	.1735	8.338E-02	8.973E-03	.3381
V11	Se han asumido varianzas iguales	2.547	177	.012	.2173	8.531E-02	4.895E-02	.3857
	No se han asumido varianzas iguales	2.552	176.790	.012	.2173	8.516E-02	4.924E-02	.3854
V12	Se han asumido varianzas iguales	2.194	174	.030	.2069	9.429E-02	2.080E-02	.3930
	No se han asumido varianzas iguales	2.209	173.994	.028	.2069	9.365E-02	2.207E-02	.3917
V13	Se han asumido varianzas iguales	1.032	179	.304	7.642E-02	7.407E-02	-6.97E-02	.2226
	No se han asumido varianzas iguales	1.032	178.364	.303	7.642E-02	7.402E-02	-6.96E-02	.2225
V14	Se han asumido varianzas iguales	.377	174	.707	4.305E-02	.1143	-.1826	.2687
	No se han asumido varianzas iguales	.380	169.674	.705	4.305E-02	.1134	-.1808	.2669
V15	Se han asumido varianzas iguales	-1.222	179	.223	-.1415	.1158	-.3700	8.703E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-1.222	178.129	.223	-.1415	.1158	-.3699	8.697E-02

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V16	Se han asumido varianzas iguales	1,112	175	,268	,1215	,1093	-9,42E-02	,3371
	No se han asumido varianzas iguales	1,116	169,967	,266	,1215	,1089	-9,35E-02	,3364
V17	Se han asumido varianzas iguales	-3,087	153	,002	-.4475	,1450	-.7339	-.1611
	No se han asumido varianzas iguales	-3,127	137,741	,002	-.4475	,1431	-.7305	-.1645
V18	Se han asumido varianzas iguales	,130	168	,897	2,423E-02	,1861	-.3431	,3916
	No se han asumido varianzas iguales	,130	167,834	,896	2,423E-02	,1860	-.3430	,3914
V19	Se han asumido varianzas iguales	-1,018	169	,310	-.2160	,2122	-.6349	,2028
	No se han asumido varianzas iguales	-1,028	168,279	,306	-.2160	,2103	-.6311	,1990
V2	Se han asumido varianzas iguales	-7,766	172	,000	-8,7471	1,1263	-10,9703	-6,5240
	No se han asumido varianzas iguales	-7,766	124,383	,000	-8,7471	1,1263	-10,9763	-6,5179
V20	Se han asumido varianzas iguales	-1,012	165	,313	-.2693	,2662	-.7948	,2562
	No se han asumido varianzas iguales	-1,013	164,953	,312	-.2693	,2658	-.7942	,2555

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V21	Se han asumido varianzas iguales	-.588	161	.558	-.1074	.1827	-.4682	.2534
	No se han asumido varianzas iguales	-.602	153.268	.548	-.1074	.1784	-.4598	.2450
V22	Se han asumido varianzas iguales	1.737	160	.084	.2799	.1611	-3,83E-02	.5981
	No se han asumido varianzas iguales	1.739	159.998	.084	.2799	.1609	-3,79E-02	.5976
V23	Se han asumido varianzas iguales	-.328	162	.743	-.1021	.3114	-.7170	.5128
	No se han asumido varianzas iguales	-.327	156.727	.744	-.1021	.3126	-.7195	.5152
V24	Se han asumido varianzas iguales	1.005	169	.316	.2399	.2387	-.2314	.7111
	No se han asumido varianzas iguales	1.006	168.970	.316	.2399	.2384	-.2307	.7105
V25	Se han asumido varianzas iguales	-1,562	170	.120	-.3626	.2322	-.8209	9,575E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-1,565	169.707	.119	-.3626	.2317	-.8199	9,481E-02
V26	Se han asumido varianzas iguales	.300	167	.765	6,840E-02	.2280	-.3818	.5186
	No se han asumido varianzas iguales	.298	156.992	.766	6,840E-02	.2293	-.3846	.5214

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V27	Se han asumido varianzas iguales	-.457	166	.649	-8,51E-02	.1864	-.4530	.2828
	No se han asumido varianzas iguales	-.457	165,962	.648	-8,51E-02	.1862	-.4527	.2826
V6	Se han asumido varianzas iguales	-9,606	178	.000	-3863,4297	402,1762	-4657,077	-3069,783
	No se han asumido varianzas iguales	-9,813	132,978	.000	-3863,4297	393,6987	-4642,152	-3084,708
V7	Se han asumido varianzas iguales	-1,916	178	.057	-3,8509	2,0104	-7,8182	.1163
	No se han asumido varianzas iguales	-1,938	165,276	.054	-3,8509	1,9875	-7,7752	7,329E-02
V8	Se han asumido varianzas iguales	-1,660	179	.099	-.1406	8,471E-02	-.3078	2,654E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-1,656	175,697	.099	-.1406	8,491E-02	-.3082	2,695E-02
V9	Se han asumido varianzas iguales	-.026	178	.979	-1,85E-03	7,029E-02	-.1406	.1368
	No se han asumido varianzas iguales	-.026	175,044	.979	-1,85E-03	7,044E-02	-.1409	.1372
lugar del ejercicio profesional	Se han asumido varianzas iguales	-3,441	179	.001	-.1374	3,994E-02	-.2163	-5,86E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-3,555	110,778	.001	-.1374	3,867E-02	-.2141	-6,08E-02

Prueba T

Estadísticos del grupo

	lugar del ejercicio profesional	N	Media	Desviación tip.	Error tip. de la media
V10	sns	170	1.6862	.5572	4.274E-02
	los-dos	16	1.4375	.6292	.1573
V11	sns	169	1.6509	.5794	4.457E-02
	los-dos	15	1.3333	.4880	.1260
V12	sns	166	1.9157	.6364	4.939E-02
	los-dos	15	1.7333	.5936	.1533
V13	sns	170	1.5647	.4973	3.814E-02
	los-dos	16	1.5000	.5164	.1291
V14	sns	166	2.1386	.7699	5.976E-02
	los-dos	15	2.2667	.7988	.2063
V15	sns	170	2.5647	.7837	6.010E-02
	los-dos	16	2.8750	.7188	.1797
V16	sns	167	3.5868	.7134	5.521E-02
	los-dos	15	3.6667	.8165	.2108
V17	sns	144	2.0278	.9156	7.630E-02
	los-dos	16	2.6250	1.0247	.2562
V18	sns	158	2.1962	1.0615	8.445E-02
	los-dos	16	2.9375	2.0807	.5202
V19	sns	160	2.6813	1.4466	.1144
	los-dos	16	2.2500	1.0646	.2661
V2	sns	164	39.1037	8.1064	.6330
	los-dos	15	47.0000	10.5560	2.7255
V20	sns	156	2.7756	1.7945	.1437
	los-dos	16	2.5000	1.3663	.3416
V21	sns	154	2.6104	1.0683	8.609E-02
	los-dos	14	3.2143	1.7619	.4709
V22	sns	154	3.4221	1.0083	8.125E-02
	los-dos	13	3.3077	1.2506	.3469
V23	sns	156	4.3462	1.9663	.1574
	los-dos	13	4.6154	2.0223	.5609
V24	sns	159	3.2327	1.5311	.1214
	los-dos	16	3.6875	1.7783	.4446
V25	sns	163	2.6503	1.5417	.1208
	los-dos	14	3.1429	1.2924	.3454
V26	sns	158	2.2911	1.4335	.1140
	los-dos	16	2.9375	1.8062	.4516
V27	sns	157	2.7006	1.1573	9.236E-02
	los-dos	16	2.5625	1.5903	.3976
V6	sns	169	4145.8580	3071.2287	236.2484
	los-dos	15	7300.0000	4453.2564	1149.8259
V7	sns	169	39.0947	11.5022	.8848
	los-dos	15	56.3333	22.4775	5.8037
V8	sns	170	3.6059	.5787	4.438E-02
	los-dos	16	3.6875	.4787	.1197
V9	sns	169	2.1361	.4490	3.454E-02
	los-dos	16	2.0625	.6801	.1700

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V10	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.743	.390
V11	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	1.517	.220
V12	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.226	.635
V13	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.270	.604
V14	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.030	.863
V15	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	4.283	.040

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V16	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	.119	.731
V17	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	1,803	.181
V18	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	14,807	.000
V19	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	5,700	.018
V2	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	4,210	.042
V20	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	1,986	.161

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V21	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	3,563	,061
V22	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,470	,494
V23	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,000	,987
V24	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	,885	,348
V25	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	1,625	,204
V26	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	3,503	,063

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas	
		F	Sig.
V27	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	1,933	.166
V6	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	8,455	.004
V7	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	19,207	.000
V8	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	1,351	.247
V9	Se han asumido varianzas iguales No se han asumido varianzas iguales	3,497	.063

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bifateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V10	Se han asumido varianzas iguales	1,702	184	,090	,2507	,1473	-4,00E-02	,5414
	No se han asumido varianzas iguales	1,538	17,288	,142	,2507	,1630	-9,27E-02	,5942
V11	Se han asumido varianzas iguales	2,057	182	,041	,3176	,1543	1,301E-02	,6221
	No se han asumido varianzas iguales	2,376	17,700	,029	,3176	,1336	3,645E-02	,5987
V12	Se han asumido varianzas iguales	1,068	179	,287	,1823	,1707	-,1545	,5192
	No se han asumido varianzas iguales	1,132	17,043	,273	,1823	,1610	-,1574	,5220
V13	Se han asumido varianzas iguales	,496	184	,620	6,471E-02	,1304	-,1927	,3221
	No se han asumido varianzas iguales	,481	17,720	,637	6,471E-02	,1346	-,2184	,3478
V14	Se han asumido varianzas iguales	-,615	179	,539	-,1281	,2082	-,5390	,2827
	No se han asumido varianzas iguales	-,597	16,439	,559	-,1281	,2147	-,5823	,3261
V15	Se han asumido varianzas iguales	-1,524	184	,129	-,3103	,2036	-,7120	9,139E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-1,638	18,523	,118	-,3103	,1895	-,7076	8,699E-02

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V16	Se han asumido varianzas iguales	-.410	180	,682	-7,98E-02	,1946	-.4638	,3042
	No se han asumido varianzas iguales	-.366	15,980	,719	-7,98E-02	,2179	-.5419	,3822
V17	Se han asumido varianzas iguales	-2,446	158	,016	-.5972	,2442	-1,0795	-,1150
	No se han asumido varianzas iguales	-2,234	17,765	,039	-.5972	,2673	-1,1593	-3,51E-02
V18	Se han asumido varianzas iguales	-2,383	172	,018	-.7413	,3111	-1,3554	-,1272
	No se han asumido varianzas iguales	-1,407	15,800	,179	-.7413	,5270	-1,8596	,3770
V19	Se han asumido varianzas iguales	1,160	174	,248	,4312	,3717	-,3024	1,1649
	No se han asumido varianzas iguales	1,489	20,984	,151	,4312	,2897	-,1712	1,0337
V2	Se han asumido varianzas iguales	-3,516	177	,001	-7,8963	2,2460	-12,3288	-3,4639
	No se han asumido varianzas iguales	-2,822	15,547	,013	-7,8963	2,7981	-13,8421	-1,9506
V20	Se han asumido varianzas iguales	,596	170	,552	,2756	,4623	-,6369	1,1881
	No se han asumido varianzas iguales	,744	20,715	,465	,2756	,3706	-,4956	1,0469

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V21	Se han asumido varianzas iguales	-1,901	166	,059	-,6039	,3177	-1,2311	2,330E-02
	No se han asumido varianzas iguales	-1,262	13,882	,228	-,6039	,4787	-1,6314	,4236
V22	Se han asumido varianzas iguales	,385	165	,701	,1144	,2969	-,4718	,7006
	No se han asumido varianzas iguales	,321	13,350	,753	,1144	,3563	-,6532	,8820
V23	Se han asumido varianzas iguales	-,473	167	,637	-,2692	,5688	-1,3922	,8538
	No se han asumido varianzas iguales	-,462	13,959	,651	-,2692	,5826	-1,5191	,9806
V24	Se han asumido varianzas iguales	-1,116	173	,266	-,4548	,4076	-1,2593	,3497
	No se han asumido varianzas iguales	-,987	17,312	,337	-,4548	,4609	-1,4258	,5162
V25	Se han asumido varianzas iguales	-1,160	175	,248	-,4926	,4246	-1,3306	,3455
	No se han asumido varianzas iguales	-1,346	16,352	,197	-,4926	,3659	-1,2669	,2818
V26	Se han asumido varianzas iguales	-1,676	172	,095	-,6464	,3856	-1,4075	,1147
	No se han asumido varianzas iguales	-1,388	16,968	,183	-,6464	,4657	-1,6291	,3364

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias						
		t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip de la diferencia	Intervalo de confianza para la media	
							Inferior	Superior
V27	Se han asumido varianzas iguales	.438	171	.662	.1381	.3153	-.4843	.7606
	No se han asumido varianzas iguales	.338	16.658	.739	.1381	.4082	-.7244	1.0007
V6	Se han asumido varianzas iguales	-3.660	182	.000	-3154.1420	861.8032	-4854.552	-1453.732
	No se han asumido varianzas iguales	-2.687	15.205	.017	-3154.1420	1173.8453	-5653.203	-655.0810
V7	Se han asumido varianzas iguales	-5.043	182	.000	-17.2387	3.4184	-23.9834	-10.4940
	No se han asumido varianzas iguales	-2.936	14.658	.010	-17.2387	5.8707	-29.7773	-4.7000
V8	Se han asumido varianzas iguales	-.546	184	.585	-8.16E-02	.1494	-.3763	.2131
	No se han asumido varianzas iguales	-.639	19.377	.530	-8.16E-02	.1276	-.3484	.1852
V9	Se han asumido varianzas iguales	.596	183	.552	7.359E-02	.1235	-.1701	.3173
	No se han asumido varianzas iguales	.424	16.261	.677	7.359E-02	.1735	-.2937	.4409

ANEXO XIII

Análisis factorial

Comunalidades

	Inicial	Extracción
V10	1,000	,588
V11	1,000	,720
V12	1,000	,643
V13	1,000	,554
V14	1,000	,623
V15	1,000	,533
V16	1,000	,661
V17	1,000	,623
V18	1,000	,513
V19	1,000	,541
V20	1,000	,621
V21	1,000	,635
V22	1,000	,658
V23	1,000	,590
V24	1,000	,658
V25	1,000	,574
V26	1,000	,475
V27	1,000	,653
V8	1,000	,639
V9	1,000	,576

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,528	12,641	12,641	2,528	12,641	12,641
2	2,429	12,144	24,785	2,429	12,144	24,785
3	1,779	8,893	33,677	1,779	8,893	33,677
4	1,469	7,346	41,023	1,469	7,346	41,023
5	1,351	6,753	47,776	1,351	6,753	47,776
6	1,332	6,659	54,435	1,332	6,659	54,435
7	1,193	5,964	60,398	1,193	5,964	60,398
8	,992	4,959	65,357			
9	,883	4,416	69,773			
10	,811	4,057	73,830			
11	,752	3,758	77,588			
12	,675	3,374	80,962			
13	,641	3,207	84,169			
14	,596	2,980	87,149			
15	,580	2,901	90,050			
16	,490	2,448	92,498			
17	,448	2,239	94,737			
18	,411	2,054	96,791			
19	,359	1,797	98,588			
20	,282	1,412	100,000			

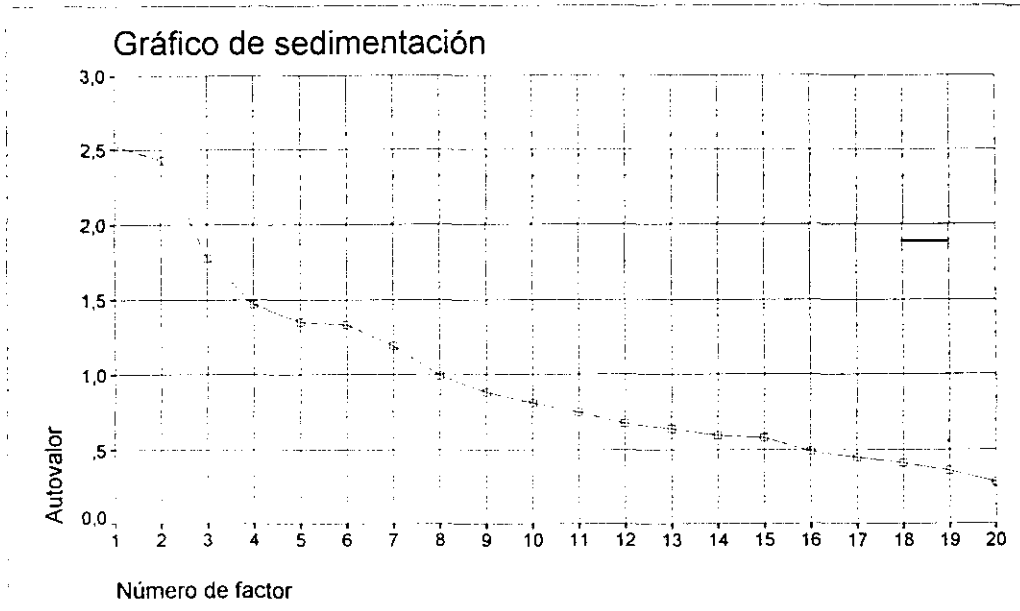
Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Matriz de componentes^a

	Componente						
	1	2	3	4	5	6	7
V10	,508	-7,926E-02	-,331	6,575E-02	,349	,293	-3,366E-02
V11	,598	6,732E-03	5,066E-02	,254	7,727E-02	,508	,179
V12	,681	,147	-4,065E-02	-,153	-7,528E-02	,342	,101
V13	,156	2,047E-04	,600	-,291	-,231	,145	,105
V14	-,328	1,880E-02	-,425	-,519	-,102	,226	6,316E-02
V15	-,411	5,200E-02	,324	,204	-,128	,388	-,220
V16	-,316	9,817E-02	-,209	,632	9,956E-02	,246	-,194
V17	-,439	,304	-,108	-,258	,251	,380	,228
V18	-,268	,544	-,329	,139	,120	2,772E-02	-5,498E-02
V19	7,540E-02	,379	-,213	-,270	,173	-,322	,374
V20	6,707E-02	,521	1,042E-02	9,179E-02	,426	-,129	,372
V21	-,265	,587	,241	,373	-7,361E-02	2,455E-02	,130
V22	,248	,265	3,069E-02	,152	-,455	,164	,518
V23	,304	,492	-8,682E-02	-7,816E-02	,113	-,167	-,448
V24	,213	,498	-,120	,146	-,507	-,241	-,116
V25	,137	,399	,280	-,389	,155	,162	-,342
V26	,252	-5,984E-02	,359	7,105E-02	,521	-8,340E-03	-4,477E-02
V27	3,751E-03	,676	,131	-,219	-,133	,220	-,257
V8	-,471	-6,264E-02	,598	-2,908E-02	,134	,106	,161
V9	,447	,235	,384	,140	,157	-,351	7,185E-02

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

a. 7 componentes extraídos



ANEXO XIV

***** H I E R A R C H I C A L C L U S T E R A N A L Y S I S *****

Dendrogram using Average Linkage (Between Groups)

